

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

235

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean CORRION

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital Franco-Musulman de Paris et de la Seine

Né le 28 Novembre 1909 à Bar-le-Duc (Meuse)

QUELQUES RÉFLEXIONS  
SUR LA CHIRURGIE  
ENDO-NASALE COURANTE

*Président : M. LOEPER, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1940

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean CORRION

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris  
Ancien Interne de l'Hôpital Franco-Musulman de Paris et de la Seine  
Né le 23 Novembre 1909 à Bar-le-Duc (Meuse)

---

QUELQUES RÉFLEXIONS  
SUR LA CHIRURGIE  
ENDO-NASALE COURANTE

---

*Président : M. LOEPER, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

---

1940

I. — PROFESSEURS

|                                                                     |                            |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                     | MM.                        |
| Anatomie .....                                                      | ROUVIÈRE.                  |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.                |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.                    |
| Chimie médicale .....                                               | POLONOVSKI.                |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRÉ.              |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.                    |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | BAUDOUIN.                  |
| Pathologie médicale .....                                           | PASTEUR-VALLERY-<br>RADOT. |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | MONDOR.                    |
| Anatomie pathologique .....                                         | LEROUX.                    |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.                    |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.                 |
| Thérapeutique .....                                                 | AUBERTIN.                  |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.                     |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.                |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LÉVY-VALENSI.              |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | Henri BENARD.              |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | CHIRAY.                    |
|                                                                     | ABRAMI.                    |
| Clinique médicale .....                                             | FIESSINGER.                |
|                                                                     | LOEPER.                    |
|                                                                     | RATHERY.                   |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBOULLET.               |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBÉCOURT.                 |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | LAIGNEL-LAVASTINE          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | GOUGEROT.                  |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN.                  |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | LEMIERRE.                  |
|                                                                     | CUNÉO.                     |
| Clinique chirurgicale .....                                         | GOSSET.                    |
|                                                                     | GRÉGOIRE.                  |
|                                                                     | LENORMANT.                 |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | VELTER.                    |
| Clinique urologique .....                                           | CHEVASSU.                  |
|                                                                     | COUVELAIRE.                |
| Clinique d'accouchements .....                                      | JEANNIN.                   |
|                                                                     | LÉVY-SOLAL.                |
| Clinique gynécologique .....                                        | MOCQUOT.                   |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | OMBRÉDANNE.                |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | HARVIER.                   |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | LEMAITRE.                  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | Pierre DUVAL.              |
| Clinique propédeutique .....                                        | M. VILLARET.               |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | TROISIER.                  |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                | MATHIEU.                   |
| Clinique de cardiologie .....                                       | LAUBRY.                    |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                   | Clovis VINCENT.            |
| Assistance médico-sociale .....                                     | N...                       |
|                                                                     | HAZARD.                    |
| Professeurs sans chaire .....                                       | MULON.                     |
|                                                                     | OLIVIER.                   |
|                                                                     | SANNIÉ.                    |
|                                                                     | VERNE.                     |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIÉTY ..... Pathologie médicale.  
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.  
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.  
 BONNET ..... Bactériologie.  
 BOULANGER ... Chimie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BROUET ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD..... Histologie.  
 CACHERA ..... Pathologie médicale.  
 CORDIER ..... Anatomie.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.  
 DELARUE. .... Anatomie pathologique.  
 DELAY. .... Pathologie médicale.  
 DEGREGZ (H.) .... Physique.  
 DESOILLE ..... Médecine légale.  
 DIGONNET. .... Obstétrique.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEVRE ..... Pathologie chirurgicale.  
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-  
                                                           cale.  
 GALLIARD..... Parasitologie.  
 GARCIN ..... Pathologie médicale.  
 M<sup>lle</sup> GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-  
                                                           thologique.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 DE GENNES ..... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD..... Histologie.  
 HAGUENAU..... Pathologie médicale.  
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUÉJOL.... Obstétrique.  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LENÈGRE ..... Pathologie médicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LÉVY..... Pharmacologie.  
 MARCHAL. .... Pathologie médicale.  
 MÉNÉGAUX .... Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET .... Pathologie médicale.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.  
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-  
                                                           cale.  
 RENARD ..... Ophtalmologie.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SÈNÈQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
 SICARD ..... Pathologie chirurgicale.  
 SOULIE ..... Pathologie médicale.  
 SUREAU ..... Obstétrique.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 WILMOTH. .... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.  
 GUÉNIOT ..... Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER ..... Obstétrique.  
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.  
 VAUDESCAL .... Obstétrique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| MM.             |                    | MM.             |  |
|-----------------|--------------------|-----------------|--|
| ALAJOUANINE..   |                    | BASSET .....    |  |
| BRULÉ .....     |                    | BROCQ .....     |  |
| CATHALA.....    |                    | CADENAT .....   |  |
| CHABROL .....   |                    | GATELLIER ..... |  |
| CHEVALLIER ...  |                    | de GAUDART      |  |
| DONZELOT.....   |                    | d'ALLAINES...   |  |
| DUVOIR.....     |                    | LEVEUF .....    |  |
| GASTINEL .....  | Clinique médicale. | MOULONGUET ..   |  |
| HUGUENIN .....  |                    | MOURE .....     |  |
| LAROCHE (G.)... |                    | QUENU .....     |  |
| LIAN .....      |                    |                 |  |
| MOREAU .....    |                    |                 |  |
| PIÉDELIÈVRE ..  |                    |                 |  |
| SÉZARY.....     |                    |                 |  |

  

| MM.           |  |
|---------------|--|
| ECALLE .....  |  |
| METZGER ..... |  |
| PORTES .....  |  |
| VIGNES.....   |  |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                         |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ..... | Éducation physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....         | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....                 | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ .....            | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## A MES PARENTS

*Dont j'espère ne pas avoir  
trop déçu les efforts, en témoi-  
gnage de ma sincère affection  
et de ma reconnaissance.*

## A MA FEMME

## AUX MIENS

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER**

Professeur de Clinique médicale  
Médecin des Hôpitaux  
Membre de l'Académie de Médecine  
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire  
l'honneur de présider cette  
thèse.*

## A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

### EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR MONTBRUN

Ophtalmologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT-DUTAILLIS

Professeur Agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR LEIBOVICI

Chirurgien des Hôpitaux

### INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR THALHEIMER

Chirurgien des Hôpitaux

Chirurgien de l'Hôpital franco-musulman de Paris et de la Seine

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUBRY

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

*Qui m'a très aimablement  
permis l'accès de son service.*

A MES AMIS ET EN PARTICULIER

AU DOCTEUR Y. SAUVAIN

Ancien interne des Hôpitaux  
Laryngologiste assistant des Hôpitaux

*Qui m'a appris à aimer  
l'oto-rhino-laryngologie et dont  
l'amitié m'a permis d'effectuer  
ce travail.*

AU DOCTEUR Y. LONGUET

Chirurgien des Hôpitaux

*En témoignage de mon bien  
sincère attachement.*

# INTRODUCTION



## INTRODUCTION

Il convient tout d'abord de nous excuser avec une bien sincère humilité d'aborder, jeune, et peut-être avec un peu de cette excitation et de cette partialité qui caractérisent des fins d'étude, un sujet qui implique une grosse, très grosse expérience.

Cette expérience, nous ne la possédons évidemment pas, nous en sommes même encore loin ; mais, séduits par les idées d'autres plus anciens, plus expérimentés, idées qui nous ont permis de faire plus rapidement les premiers pas, nous avons essayé, avec notre petite dose de bons sens, de nous faciliter à nous-même la compréhension et un classement de doctes opinions combien nombreuses et, il faut bien le dire, combien différentes et opposées qui assaillent un débutant et risquent, ou bien de le noyer ou bien d'en faire la plus parfaite image d'un automate.

Tout ceci nous a peut-être donné une conception différente de ce que nous avons vu ailleurs, mais, ayant devant les yeux les résultats obtenus nous sommes fatalement enclin à la croire meilleure.

Ce petit travail n'est peut-être pas dénué d'importance, car outre celle, évidente, sinon de faire mieux, du moins de le tenter, n'est peut-être pas négligeable celle d'essayer d'empêcher toutes ces interventions faites en oto-rhino-laryngologie qui semblent être conduites à tort et à travers pour n'aboutir à aucun résultat et qui jettent le discrédit sur ces mêmes opérations, excellentes lorsque les indications en sont bien posées et la technique bien conduite.

On pourrait supposer, étant donné la fréquence avec laquelle sont pratiquées les interventions endo-nasales, et la multitude de ceux plus ou moins qualifiés qui les pratiquent, qu'il s'agit là d'un

domaine de chirurgie spéciale, parfaitement connue et d'interventions soumises à des règles solidement et définitivement établies, au demeurant fort simples.

La pratique journalière prouve amplement le contraire ; c'est elle qui nous a amenés à concevoir la nécessité d'un tel travail. L'observation attentive, le soin apporté à son travail par le praticien lui permet d'apporter la contribution de son expérience, et je crois que ce n'est pas là chose inutile. Malheureusement, les occupations mêmes du praticien l'empêchent d'aller plus avant dans la voie qu'il indique et il doit se borner à des observations et aux réflexions qu'elles lui suggèrent.

C'est dans cet esprit que nous avons voulu faire cet ouvrage qui ne semble pas avoir beaucoup tenté les différents auteurs, si l'on en juge par le peu de travaux sur ce sujet ; pauvreté qui se fait cruellement sentir pour ceux qui abordent cette profession.

Le sujet d'ailleurs est loin d'être limité ; il offre un champ d'études très vaste par la physiologie du nez si mal connue, non seulement dans ce qu'elle a de mystérieux et en rapport avec des chapitres mal connus de la pathologie générale, mais également dans ses rapports soi-disants connus avec la pathologie régionale. Voilà de quoi satisfaire les esprits les plus distingués qui préfèrent certains sujets de travail beaucoup plus brillants ; et hésitent à aborder cette malheureuse physio-pathologie chirurgicale du nez, aussi aride que peu glorieuse.

Nous n'avons pas la prétention d'envisager les choses d'aussi haut ; quittant ces sphères élevées qui nous sont interdites et négligeant même le souci d'être complet, nous nous bornerons à quelques conseils pratiques sur la petite chirurgie courante, celle de tous les jours, celle que tout le monde croit se permettre de faire, et si nos conseils sont bons et efficaces, nous aurons l'impression d'avoir rendu un réel service aux malades, certes, mais aussi au bon renom de cette petite chirurgie endo-nasale employée et exécutée si souvent à tort et à travers.

C'est, qu'en effet, s'il est si tentant et si facile aux néo-spécia-

listes d'introduire dans le nez des pinces, des ciseaux, des serre-nœuds, et d'enlever, au hasard, un cornet, un polype, un morceau de cloison, la chirurgie endo-nasale efficace, sérieuse, est une chirurgie très difficile.

1° *Elle est difficile dans ses indications.* Les cas sont rares où la voie est nettement et immédiatement tracée, et dans la majorité des cas, l'indication opératoire est difficile à poser.

Dans des circonstances à peu près semblables, on peut bien souvent, en effet, hésiter entre un traitement médical, thermal ou chirurgical et les signes fonctionnels et physiques ne dictent pas à eux seuls la règle de conduite à tenir.

Comme nous l'avons déjà dit, la physiologie du nez est mal connue ; néanmoins, un examen attentif et minutieux de l'état local et général permet d'entrevoir certaines causes, d'envisager certaines réactions qui constitueront une contre-indication ou amèneront à considérer, comme plus ou moins utile, un acte chirurgical.

L'hésitation devrait être fréquente quant à l'intervention à choisir. La symptologie fonctionnelle seule n'est pas suffisante à faire porter une indication, pas plus d'ailleurs, quels qu'en soient les résultats, que la simple rhinoscopie. Il suffit pour s'en rendre compte d'examiner en série et systématiquement au cours d'une consultation médicale de contrôle les nez de gens n'ayant jamais donné lieu à aucune sorte de troubles locaux ou généraux et qui vraisemblablement en dehors de cet examen systématique n'eussent été jamais examinés au spéculum. On voit alors des rhinites de toutes sortes, des malformations de structure considérables, compatibles en apparence avec une bonne respiration, une absence totale de toute manifestation infectieuse régionale.

C'est ainsi qu'il ne faut point en cette chirurgie viser à un résultat anatomique. Certains nez, anatomiquement médiocres, sont fonctionnellement bons et ceci amène à envisager avec un peu de scepticisme et beaucoup de circonspection la décision opératoire

dans des nez anatomiquement largement meilleurs, mais fonctionnellement mauvais.

Bien d'autres faits d'observations courantes amèneraient d'ailleurs à douter de la chirurgie endo-nasale et à la considérer comme bien décevante. Il est curieux qu'on ait pas plus souvent songé à en tirer des conclusions à titre indicatif seul. N'est-il pas curieux de constater la fréquence avec laquelle des interventions insuffisamment ou franchement mal faites donnent des résultats parfois satisfaisants. De même, les cas sont nombreux dans lesquels une intervention parfois très correctement exécutée portant sur la charpente, et par conséquent pouvant être considérée comme définitive donne des résultats excellents autant qu'éphémères sans qu'on puisse faire intervenir comme explication une modification muqueuse ultérieure. Le malade a-t-il dû son soulagement à l'acte chirurgical lui-même, le chirurgien l'ayant amélioré par une intervention bien déterminée ou, au contraire, son geste a-t-il eu un résultat bien différent de celui escompté et a-t-il réussi sans le vouloir, en déterminant à son insu des modifications vasculo-nerveuses insoupçonnées, a-t-il fait simplement sans s'en douter de la réflexothérapie ?

Comme toute autre, la chirurgie endo-nasale prend plus ou moins d'intérêt suivant le degré de culture, les possibilités d'attention, l'intelligence de celui qui la pratique.

Je pense que la vérité, le progrès et l'honnêteté professionnelle consistent en une juste modération des enthousiasmes et dépend surtout d'un travail persévérant et méticuleux pour s'acheminer vers des conclusions certaines, sans doute du plus haut intérêt pratique, et de s'y acheminer sans hâte.

2° *Elle est difficile dans son exécution.* — Son enseignement est malaisé. D'une part, on ne peut qu'expliquer, schématiser, on ne peut ni montrer, ni contrôler. Si l'on adjoint à cela l'insuffisance de la connaissance de l'anatomie du nez, parfois déroutante, quand on pousse l'indiscrétion jusqu'à interroger certains spécialistes, et,

d'autre part, l'absence totale d'éducation spéciale, on conçoit que parmi les autodidactes que sont les rhinistes, il y a place pour le meilleur jusqu'au pire, avec semble-t-il, une ferme majorité de ces derniers ; on conçoit également la nécessité de l'effort et les qualités nécessaires pour faire correctement la chirurgie endo-nasale.

Elle est difficile car elle doit être :

a) *Une chirurgie honnête.* On ne se risque pas dans un ventre sans éducation chirurgicale prolongée ; mais n'importe qui croit pouvoir faire une cloison, par exemple, opération sans danger, mais d'une réelle difficulté, si on la désire efficace.

b) *Une chirurgie de patience,* non seulement avant de prendre la décision d'un acte, mais au cours d'un acte opératoire pour vaincre les multiples petites difficultés qui surgissent et arriver au résultat satisfaisant, alors qu'il est si facile de faire les choses à moitié. On arrête une résection de cloison quand on en a assez. On n'arrête pas une hystérectomie en cours de route.

c) *Une chirurgie d'adresse* nécessitant plus que toute autre des qualités de vitesse prudente, une éducation de l'œil très particulière, un contrôle extrêmement sévère de ses gestes.

d) *Une chirurgie de bon sens* à laquelle est éminemment contraire toute faute de jugement, tout manque de pondération, tout esprit de système. C'est assez dire combien les résultats globaux en sont médiocres, alors qu'ils tendraient vers le passable, si l'on en excluait les interventions mal ou inutilement faites. Cette médiocrité excessive des résultats tend d'ailleurs à jeter sur cette partie de la chirurgie oto-rhino-laryngologique un discrédit immérité. Tous les efforts faits pour lui rendre sa place réelle et l'améliorer si possible, même s'ils sont vains, seront des efforts méritoires.



**CHAPITRE PREMIER**

**LA CHIRURGIE ENDO-NASALE COURANTE**



## CHAPITRE PREMIER

### LA CHIRURGIE ENDO-NASALE COURANTE

#### LIMITATION DU SUJET

Il faudrait, puisque notre but est de nous borner à la partie chirurgicale endo-nasale, situer davantage notre sujet et éliminer ce qui, à notre sens, est du ressort de toutes sortes de traitements.

En fait :

Nous n'avons point l'intention de faire une revue générale de la pathologie du nez et d'envisager le traitement de chaque affection. Bien au contraire, nous plaçant au point de vue pratique, dans la situation du praticien qui en présence d'un nez est appelé à décider d'une thérapeutique et à l'exécuter, nous tenterons de faire apparaître les difficultés auxquelles il se heurte, telles qu'elles se présentent à lui, le malade courant n'étant pas, en principe, un malade précis.

D'ailleurs, en restant sur le terrain clinique et en s'abstenant de toute classification *a priori*, il n'est pas de limites nettes entre les cas chirurgicaux et ceux qui ne le sont pas. Il n'y a guère de cas qui s'imposent ; la part de l'appréciation personnelle est importante, peut-être peut-on la limiter en précisant et discutant les réflexions qui amènent à prendre une décision.

## QUELQUES PRINCIPES GÉNÉRAUX

Tout d'abord, parmi les principes généraux qui doivent présider à tout examen du nez, il faut retenir :

1<sup>o</sup> Cette désharmonie fréquente entre l'anatomie et la fonction, véritable paradoxe nasal que nous avons déjà signalé, et en tirer comme conclusion qu'il ne faut pas adapter trop rapidement la solution facile qui attribue d'emblée les troubles fonctionnels dont se plaint le malade à une anomalie révélée par un rapide examen rhinoscopique.

2<sup>o</sup> La nécessité absolue pour le rhino-laryngologiste d'une éducation médicale très complète pour étudier et apprécier le retentissement l'un sur l'autre de l'état du nez et de l'état général. Le laryngologiste n'est bien souvent qu'un être hybride, ni médecin ni chirurgien, j'allais même dire : ni oto-rhino-laryngologiste, alors qu'il devrait être les trois dans le sens le plus complet.

3<sup>o</sup> La nécessité de faire la part entre les malformations de structure de la charpente et les altérations de la muqueuse.

4<sup>o</sup> La nécessité de ne pas se presser, de savoir revoir, de connaître les modifications spontanées considérables qu'on peut observer dans un nez au cours de plusieurs examens successifs dans cette chirurgie sans urgence.

Nous essaierons, pour démontrer ces quelques principes, de rester sur le plan clinique.

Un certain nombre de cas sont à distinguer.

Le malade vient consulter :

a) Soit pour une affection franchement oto-rhino-laryngologique, ses troubles attirant directement l'attention vers le nez ou vers une affection de voisinage.

Ou au contraire :

b) Il vient sur conseil médical pour aider à compléter un examen général et collaborer à la thérapeutique.

a) Le malade se plaint de son nez.

Le nombre des manifestations subjectives qui constituent la symptomatologie fonctionnelle du nez est assez limité. Il peut s'agir de douleurs. Le malade peut éprouver une gêne respiratoire uni-ou bilatérale ; il vient consulter pour des rhumes fréquents, parce qu'il est gêné par une impression de sécheresse ou, au contraire, des sécrétions trop abondantes, par la présence de croûtes, enfin par des manifestations olfactives d'impressions d'odeurs variées, soit réelles, soit subjectives.

Quelle que soit celle de ces manifestations qui est en cause, les règles de l'examen seront les mêmes. L'examen du nez n'est qu'une partie de l'examen complet rhino-laryngologique.

Il s'agit d'une histoire d'oreilles, d'une histoire sinusale, pharyngo-laryngée, manifestation aiguë ou chronique. Ici, non seulement il faudra faire également un examen complet du nez, mais le problème se complique du fait que, seul, il ne permettra pas toujours de conclure à une thérapeutique chirurgicale. Il faudra encore préciser avec soin la part dévolue à l'imperfection nasale, mise en évidence dans l'ensemble de la symptomatologie.

En fait, il y a là une distinction un peu arbitraire, en aucun cas le nez ne devant être considéré comme isolé de l'ensemble rhino-laryngo-pharyngo-auriculaire, et bien que nous ayons vu qu'il n'y avait pas de règles absolues en la matière, il est rare qu'un nez franchement mauvais ne s'accompagne de quelques modifications régionales et, de toutes façons, il implique formellement un examen complet à titre de vérification.

b) Si l'examen du nez vient compléter un examen général, il faut chercher à trouver une explication à un trouble d'ordre général, avec ou sans localisation viscérale.

Disons tout de suite que, dans bien des cas, on a tendance à exagérer l'étendue des manifestations générales d'origine nasale.

Disons également que, dans cet ordre d'idées, il faut lui faire une place beaucoup plus considérable dans la pathologie infantile que dans celle de l'adulte ; et, à ce propos signalons combien est négligé fréquemment l'examen du nez chez l'enfant, pour lequel tous les troubles sont mis sur le compte des amygdales ou des végétations. Un examen soigneux du nez permettrait souvent de faire des restrictions sur les résultats éventuels de l'adénoïdectomie. Un traitement médical ou un de ces actes chirurgicaux, limité comme on peut seulement le pratiquer chez l'enfant, pourrait par contre améliorer grandement le pronostic.

Il est exact que du point de vue anatomique, beaucoup de nez sont le siège d'une anarchie structurale, mais il n'en est pas moins vrai que seul compte le point de vue de la fonction.

S'il fallait, par un souci peut-être louable, de simple esthétique interne du nez, remédier à toutes les déformations qui choquent l'anatomiste sous le fallacieux prétexte qu'un nez construit selon les règles doit *a priori* éviter des ennuis intimes, il faudrait sans arrêt et sur tous les terrains, modeler, trancher, réséquer.

Il existe pourtant bien des gens auxquels est décerné le titre de sportifs et ils y ont droit incontestablement, qui du point de vue endo-nasal sont en rébellion ouverte avec les règles pures de l'architecture, telles que les décrivent l'anatomiste et l'embryologiste. Il y a donc, et c'est un point qu'il nous paraît capital de mettre en évidence, une foule de mauvais nez ou réputés tels de par leur constitution, qui ne provoquent aucune sorte d'ennui, dont les possesseurs ne se plaignent jamais et dont ceux-ci n'ont pas tort de se désintéresser puisque leur esthétique intérieure en est cachée et que, par ailleurs, ils n'en souffrent pas.

D'autre part, il existe des nez, chefs-d'œuvre de construction, ou qui paraissent tels, parce qu'on les regarde trop rapidement, qui provoquent par leur structure ou leur physiologie, des troubles d'importance variable les faisant rentrer dans le cadre des mauvais nez, donc dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologiste.

Un nez moyen, présentant une cause nette à l'origine de troubles quelconques, devient un mauvais nez parfois chirurgical.

Par contre, un mauvais nez, sans altération de la muqueuse et sans retentissement local ou régional est un nez à laisser tranquille.

Il ne conviendrait cependant pas de nous reprocher de limiter le chapitre des mauvais nez, car bien que réduisant l'importance pathologique de la classe des mauvais nez anatomiques, nous ne retranchons rien à la thérapeutique endo-nasale, nous ne faisons que déplacer seulement ce cadre des mauvais nez. Car il ne faudrait certainement pas se limiter aux cas où une déformation endo-nasale très nette entraîne une complication régionale manifestement en rapport avec elle.

Et nous élargissons ce cadre en lui demandant asile pour tous les cas bâtards dus à des nez médiocres, douteux ou même bien construits qui, sans donner naissance à des symptômes pathologiques locaux, provoquent cependant souvent des manifestations paralocales telles que sinusites, laryngites, etc.

Ces nez douteux sur lesquels un agent médical ou un agent physique peut parfois agir convenablement sont souvent justiciables d'une intervention endo-nasale dont l'indication, pour être posée et bien posée, exige un éclectisme qui ne peut être atteint que grâce à un examen soigneux complet et répété dans un but qui doit tenir compte des conditions physiologiques et physiques du malade et de ses conditions de vie.

Dans la plupart des cas le diagnostic thérapeutique du nez, nous ne cesserons de le répéter, nous paraît extrêmement difficile à poser. S'il est des cas où une déviation de cloison, une hypertrophie considérable d'un cornet inférieur fait obstacle à la pénétration de l'air, provoquant une infection locale ou des troubles de l'état général, et par son aspect même indiscutable pose un diagnostic évident et commande une intervention dont l'issue, du point de vue fonctionnel, n'est pas douteuse, que dire de crêtes diversement placées, d'éperons, peu visibles et souvent peu importants, devant lesquels

on reste frappé par la disproportion des phénomènes cliniques ? Combien de fois est-on amené à opérer des nez dans des cas limites en hésitant non seulement sur le choix de l'intervention, mais sur l'intervention elle-même ? Convient-il d'opérer ? Est-on sûr d'obtenir un résultat définitif ? car bien souvent l'avantage escompté n'est pas atteint, ou bien se manifeste réellement après l'opération pour céder peu à peu et l'on assiste, en un ou deux ans, souvent moins, au retour des symptômes primitifs que l'on avait espéré faire disparaître radicalement.

Il n'y a pas dans ces cas de règle fixe, la conduite à tenir n'est dictée ni par les signes fonctionnels ni par les signes physiques.

Cette chirurgie est une chirurgie

de bon sens,  
de réflexion,  
de pondération,  
d'expérience,  
d'adresse,  
de patience.

Et si les résultats globaux de la chirurgie endo-nasale ne rendent guère optimiste, n'est-ce pas à la non-observation de ces règles que sont dus des échecs aussi nombreux.

Aucune règle de temps d'ailleurs n'existe dans ces cas qui manquent de netteté ; il ne faut pas juger d'une intervention endo-nasale dans les quinze jours, mais dans les mois qui suivent, aussi bien dans le cas d'une bonne que d'une mauvaise évolution.

Il n'est donc pas exagéré de conclure ce chapitre en disant que : sans troubles fonctionnels l'état anatomique importe peu, mais dans le cas contraire, le plus petit détail a de l'importance et le rechercher soigneusement permet souvent d'attendre un gros succès.

« Seul donc compte le point de vue fonctionnel nasal. »

**CHAPITRE II**

**INDICATIONS DE LA CHIRURGIE**  
**ENDO-NASALE**



## CHAPITRE II

### INDICATIONS DE LA CHIRURGIE ENDO-NASALE

Nous avons posé comme principe au début du chapitre précédent que nous n'envisagerions que la thérapeutique endo-nasale chirurgicale, mais encore pour en poser les indications, faut-il éliminer d'abord tous les cas dont la pathologie relève uniquement du domaine thérapeutique médical ainsi que ceux qui en sont justiciables, avant d'entrer dans le domaine chirurgical.

Nous n'avons pas l'intention de procéder à cette élimination en prenant chaque maladie l'une après l'autre, mais seulement de la faire apparaître en envisageant les divers moyens qui sont entre les mains des spécialistes pour leur permettre un diagnostic aussi aisé et précis que possible.

Il convient le plus souvent devant un nez — disons *a priori* — d'être et de rester médical, et d'instituer un traitement médical ou un traitement par les agents physiques tels que crénologie, rayons, voire même ondes courtes, moyens que nous ne faisons que signaler rapidement et dans le chapitre desquels nous ne rentrerons pas.

Pour résoudre ce problème, à la vérité très compliqué, et qui expose aux plus grandes erreurs, il est banal de dire que le diagnostic reposera sur deux piliers fondamentaux :

— l'interrogatoire,

— l'examen.

Mais on ne saurait trop insister sur l'importance prise par ces

deux éléments du diagnostic dans la conduite du problème qui se pose à l'oto-rhino-laryngologiste sous tant d'aspects divers et dont la solution est loin de toujours amener le spécialiste à envisager un traitement chirurgical.

Nous n'avons pas non plus l'intention de recopier ici les chapitres des différentes maladies qui sont longuement exposées dans tous les traités ou manuels magistraux et de conclure en faveur de l'une ou l'autre thérapeutique, mais de poser le problème dans l'atmosphère où se trouve le spécialiste en présence d'un nez pour conclure, en cas d'indication chirurgicale nettement portée sur une cloison ou un cornet, par exemple, en choisissant l'intervention qui semble avoir le maximum de chances d'aboutir à un résultat favorable et la façon dont il semble logique de la conduire.

En fait :

1<sup>o</sup> Nous n'avons point l'intention de faire une revue générale de la pathologie du nez et d'envisager le traitement à chaque affection, mais bien au contraire de nous placer au point de vue pratique, dans la situation du praticien qui, en présence d'un nez, est appelé à décider d'une thérapeutique et à l'exécuter. Nous ferons apparaître les difficultés auxquelles il se heurte, telles qu'elles se présentent en pratique.

2<sup>o</sup> D'ailleurs, en restant sur le terrain clinique et en s'abstenant de toute classification *a priori*, il n'est pas de limite nette entre les cas chirurgicaux et ceux qui ne le sont pas. Il n'est guère de cas qui s'imposent et la part d'appréciation personnelle est importante, nous voudrions seulement préciser les réflexions qui en décident.

Tout d'abord, le spécialiste doit se plier à un certain nombre de règles et posséder un certain nombre d'idées générales.

1<sup>o</sup> Nous ne reviendrons pas sur le fait brutal, mais qu'il faut accepter obligatoirement et que nous avons essayé de mettre en évidence dans le premier chapitre, nous voulons parler de cette sorte de paradoxe nasal qui se traduit physiquement par des nez

mauvais en apparence, lesquels sont en réalité de bons nez et d'autres, bons anatomiquement, qui sont responsables de troubles indéniables.

2° Un certain nombre d'affections médicales, par le retentissement qu'elles ont sur le fonctionnement nasal, doivent toujours être présentes à l'esprit.

3° Si l'intervention chirurgicale s'attaque à la seule charpente il n'en reste pas moins vrai que le nez possède une muqueuse siège de fréquentes lésions ou maladies sur laquelle l'action de la chirurgie, de par sa localisation, n'a que peu d'indications.

4° On est trop tenté de suivre ses tendances et la plus fréquente est d'être trop chirurgical, soit que :

a) on ne fasse pas assez nettement le bilan de la valeur d'un nez ;

b) on mette sur le compte de la charpente ce qui est dû à une atteinte passagère de la muqueuse ;

c) soit, enfin, que l'on soit trop pessimiste.

5° De plus, il faut savoir ne pas se presser, savoir soigner et revoir, car il y a peu de place à l'urgence dans la chirurgie endo-nasale.

C'est pourquoi il nous a paru logique de subdiviser le chapitre des indications de la chirurgie endo-nasale, afin de rester dans l'esprit que nous nous proposons, en trois parties.

I. — Dans quelles conditions est-on amené à discuter les indications d'une thérapeutique endo-nasale.

II. — Quels moyens a-t-on de faire un bilan exact de la valeur d'un nez et de décider du choix de la thérapeutique.

III. — Comment éliminer, choisir, ou associer les thérapeutiques médicales, crénologique, par agent physique, à la thérapeutique chirurgicale ou décider de cette dernière.

IV. — Quelle intervention choisir ?



## CHAPITRE II

---

### PREMIÈRE PARTIE

#### DANS QUELLES CONDITIONS EST-ON AMENÉ A DISCUTER LES INDICATIONS D'UNE THÉRAPEU- TIQUE ENDO-NASALE ?

Nous envisagerons :

A) Les affections d'ordre général chez l'enfant, chez l'adulte.

B) Les affections d'ordre local ou régional, sans oublier que  
les sinus,  
le cavum,  
le pharynx,  
les oreilles,

dépendent du nez.

C) Nous tenterons de mettre en évidence que le spécialiste se trouve, en général, devant une histoire clinique peu nette, sans élément symptomatique ou physique lui permettant un diagnostic rapide.



## A. — LES AFFECTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Resserrant peu à peu le diagnostic, il nous faut envisager tout d'abord les affections d'ordre général qui sont si souvent trop isolés par le médecin dans leur cadre pathologique propre et traitées palliativement avec des méthodes thérapeutiques qui agissent sur les symptômes éprouvés localement au niveau de certains viscères sans aucune recherche et aucune attaque directe de l'élément favorisant ou de l'élément causal.

On n'a que trop tendance, par exemple, dans certains milieux, à sourire d'une affirmation bien banale et bien souvent exprimée par les stomatologistes, à savoir : qu'une mauvaise dentition, outre les ennuis locaux qu'elle vous procure, a une influence presque automatique sur l'appareil digestif, mais cependant personne ne discute le fait qu'une déminéralisation dentaire ne fait que traduire une perte d'équilibre des composants chimiques du corps humain au même titre que des troubles de la peau, des os ou des ongles.

Personne ne s'étonne que chez les jeunes enfants dont le développement général et pulmonaire, en particulier, laisse à désirer, les médecins n'avertissent les parents qu'ils jugent justiciables de cet état de chose, des amygdales hypertrophiées ou infectées et des végétations ; on ne s'étonnera donc pas qu'une obstruction nasale causée par une déformation importante de la charpente puisse parfois, dans des cas où les végétations sont inexistantes, provoquer les mêmes phénomènes ; de là à intervenir sur une telle cloison, étant donné l'âge de l'enfant, il n'y aurait qu'un pas à franchir et qui le serait rapidement par ceux qui estiment que la difficulté opératoire et les complications post-opératoires ne doivent pas être prises plus en considération chez l'enfant que chez l'adulte et que l'âge limite de 15 ans ne doit pas jouer aussi rigoureusement dans les résections sous-muqueuses. Bien que la grosse majorité des auteurs soit, cependant, d'un avis contraire, cela n'empêche pas tout

le monde d'être d'accord sur le principe qu'un mauvais nez gêne la croissance.

Mais combien de ces enfants deviennent cependant des adultes sans trop de peine en étant continuellement gênés dans leur respiration ou par des troubles gastro-intestinaux.

Chez les enfants on est toujours tenté d'incriminer les amygdales et les végétations et tout le monde attend monts et merveilles de leur ablation, le spécialiste regarde à peine le nez qui pourtant bien souvent devrait l'amener à des restrictions très importantes sur le pronostic post-opératoire du traitement chirurgical des amygdales et des végétations.

Un examen attentif et complet ne décèle bien souvent aucune cause autre qu'un facteur déclenchant siégeant au niveau des voies respiratoires supérieures.

A l'âge adulte, le problème posé à la période de l'enfance peut être retourné et, si le nez prend incontestablement la première place dans la pathologie rhino-pharyngo-auriculaire, il n'est pas si rare, grâce à la rhinoscopie postérieure, de trouver un haut de cavum bourré de végétations ; encore une anomalie anatomique qui fait éclater le cadre trop schématique de la pathologie nasale.

Il est fréquent qu'un malade vienne consulter de lui-même :

- a) soit pour son nez,  
     parce qu'il souffre,  
     parce qu'il ne respire pas,  
     parce qu'il ne mouche pas ou mouche trop ;

b) soit pour une affection de voisinage dont il rend son état nasal responsable.

Il est, par contre, extrêmement rare qu'il vienne de lui-même demander un diagnostic de spécialiste pour

corroborer, aider, ou compléter un diagnostic médical.

Il est donc important de mettre en évidence aussi bien à l'usage du médecin de médecine générale qu'à celui du spécialiste les rapports étroits qui existent entre la pathologie générale et la pathologie nasale.

## RETENTISSEMENT DE L'INSUFFISANCE NASALE SUR L'ORGANISME

Le Professeur WORMS considère à juste titre que deux facteurs sont en cause :

- l'intensité de l'obstruction,
- sa durée,

ce dernier facteur étant justiciable, en fonction du temps, des accidents plus ou moins importants qui seront les résultats de cette obstruction ; toute intensité, quelle qu'elle soit de l'obstruction, à condition qu'elle existe de façon passagère, n'ayant qu'une importance toute relative, d'où la gravité des accidents tardifs qui survivent à la cause déclenchante et deviennent définitifs.

Nous pouvons donc conclure que nous trouverons au cours de la pathologie générale toute une série de symptômes au niveau des différents organes, symptômes déclenchés par l'insuffisance nasale permanente.

### 1<sup>o</sup> APPAREIL RESPIRATOIRE

Nous n'insisterons pas sur

- a) les phénomènes dits mécaniques,  
les phénomènes chimiques ;
- b) les troubles infectieux des organes respiratoires à tous leurs échelons.

*Nez.* — Rhinite chronique

Sinusites : maxillaires,  
frontales,  
ethmoïdales,  
sphénoïdales.

*Pharynx.* — L'angine rétro-nasale de LE MÉE avec rhino-pharyngite aiguë,

l'amygdalite à répétition.

*Larynx et trachée.* — Les laryngites aiguës et chroniques.

*Poumons.* — Ce qu'on appelait autrefois le syndrome catharral rhino-bronchique et que FLURIN classe en

rhino-bronchite : par obstruction nasale,

par troubles réflexes,

d'origine rhino pharyngée

descendante par propagation aux bronches

des infections du rhino pharynx,

ce que FAURE étiquetait : les troubles pulmonaires pseudo-tuberculeux

présentant les signes cliniques suivants :

toux,

expectoration,

hémoptysies,

adénopathies,

et dont le diagnostic différentiel est facilement fait sur

l'analyse des crachats

l'examen radiologique

l'examen rhinologique

et l'évolution, solidaire du traitement rhinologique.

Nous pouvons donc conclure avec TERRACOL que les troubles de la respiration nasale ont des répercussions organiques sur l'appareil respiratoire, car la diminution du débit aérien agit sur la mécanique et sur la chimie de l'appareil respiratoire, l'air aspiré par la cavité buccale n'étant pas humidifié ni purifié, irrite les muqueuses, produisant :

— des trachéites isolées,

— des laryngites chroniques,

— des bronchites rebelles,

— des rhinobronchites par obstruction nasale,

## 2<sup>o</sup> APPAREIL AURICULAIRE

Il serait banal d'insister sur les otites et les mastoïdites, manifestations les plus fréquentes de l'insuffisance et de l'infection nasale.

Contentons-nous de les signaler ici, nous y reviendrons dans les affections d'ordre régional.

## 3<sup>o</sup> APPAREIL OCULAIRE

Il semble que bien des symptômes oculaires tels que,  
le larmolement,  
certaines douleurs oculaires,  
des ulcérations marginales de la cornée,  
relèvent, par voie lacrymale, de troubles endo-nasals.

## 4<sup>o</sup> NOUS PASSERONS RAPIDEMENT SUR

les troubles : de l'olfaction,  
du goût,  
de la phonation,  
qui ont toujours été les premiers mis en évidence par les oto-rhino-laryngologistes.

## 5<sup>o</sup> APPAREIL DIGESTIF

a) Il existe des troubles d'origine mécanique causés par l'insuffisance respiratoire provoquant elle-même une insuffisance musculaire d'où :

une mastication défectueuse,  
une aérophagie rebelle à tout traitement.

b) Par contre, existent des troubles d'origine infectieuse provoqués par la déglutition des sécrétions nasales.

Troubles purement gastriques :

haleine fétide,  
langue blanche  
acidité gastrique.

Ou troubles intestinaux,

des plus variés, surtout chez l'enfant :  
entéocolites,  
diarrhées,  
poussées d'appendicite à répétition.

## 6<sup>o</sup> MANIFESTATIONS RÉNALES

COSTAIGNE et BOURGEOIS ont insisté sur la relation qui existe entre les affections chroniques du cavum et des amygdales d'une part, et certaines néphrites, d'autre part.

COSTAIGNE décrit :

a) Des néphrites aiguës, qu'il déclare le plus souvent consécutives aux affections de l'amygdale, avec hématuries.

b) Des néphrites albuminuriques simples sans rétention chlorurée  
ni azotée,  
sans œdème,

et qui cèdent au traitement local du pharynx.

c) Des néphrites chroniques, évoluant depuis longtemps, chez lesquelles on est surpris de voir les poussées de néphrite évoluer de pair avec des aggravations de lésions pharyngées.

LERMOYEZ, en essayant de justifier la crénothérapie, faisait lui-même l'association des angines avec la goutte ; de l'insuffisance rénale avec un écoulement nasal — de l'eczéma cutané avec de vieilles pharyngites rebelles — de corysas spasmodiques avec les crises d'entérite muco-membraneuse.

## 7<sup>o</sup> MANIFESTATIONS NERVEUSES

Sans aller jusqu'à penser qu'une thérapeutique efficace au niveau du nez (BONNIER) agirait à distance sur toute la pathologie nerveuse, il faut admettre que certaines lésions nasales ou malformations nasales peuvent jouer le rôle d'épines irritatives tout au moins chez des sujets prédisposés.

Il semble que l'on puisse signaler, comme dépendant de telles causes :

a) Des troubles intellectuels avec modification du psychisme déterminés par des troubles permanents du fonctionnement nasal.

RAULIN les a décrits chez l'enfant sous le nom de « cancrs d'origine nasale ».

Chez l'adulte, le tableau s'aggrave du fait qu'il a conscience de sa diminution psychique.

b) Des troubles réflexes d'origine nasale.

Nous ne rentrerons pas dans les théories diverses qui tentent d'en expliquer le mécanisme, nous nous contenterons d'énumérer les symptômes pathologiques :

- troubles sensitifs : céphalées diverses ;
- troubles sécrétoires : hydropnée nasale ;
- troubles vaso-moteurs ;
- troubles oculaires ;
- troubles de l'appareil respiratoire : toux coqueluchoïde ;
- troubles de l'appareil circulatoire : arythmie, tachycardie ;
- enfin, troubles génitaux : dysménorrhées.

## 8<sup>o</sup> TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

De nombreux troubles dystrophiques sont conditionnés par l'insuffisance respiratoire nasale :

action frénatrice sur la croissance du squelette,  
 déformation thoracique vertébrale,  
 qui faisaient autrefois penser à la tuberculose ;  
 atrésie de l'os maxillaire supérieur,  
 asymétrie de la voûte palatine,  
 troubles de la dentition.

Il ne faudrait, cependant, pas en conclure, tant s'en faut, que tous les enfants dont la fonction nasale est déficiente sont pâles, amaigris ; que tous les porteurs de végétations adénoïdes présentent une déformation faciale ou thoracique (la suppléance buccale n'intervenant que la nuit, à leur insu). Mais à la longue, il est fréquent de constater que la suppression ou la diminution de la respiration nasale provoque quelques troubles de l'appareil respiratoire (charpente, musculature) ou d'un appareil de l'anatomie générale.

Il nous paraît donc assez prouvé par la pathologie quotidienne, que le nez, loin d'être aussi isolé qu'il le paraît, de la pathologie générale, y est mêlé étroitement et y prend une place capitale, par sa participation ou sa responsabilité.

## B. — LES AFFECTIONS D'ORDRE LOCAL OU RÉGIONAL

Nous envisagerons ensuite les affections d'ordre local ou régional et, tout d'abord celles d'ordre régional.

De par sa situation anatomique et son fonctionnement physiologique, le nez tient sous sa dépendance les divers sinus :

maxillaires,  
frontaux,  
ethmoïdaux,  
sphénoïdaux,  
le cavum directement,  
ainsi que le pharynx,

et les oreilles par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

Du point de vue étiologique, disent LAURENS, AUBRY et LEMARIEY, l'infection des sinus de la face est en général secondaire à une infection du voisinage, d'origine nasale dans la plupart des cas, qu'elle soit aiguë ou chronique.

Affectant, pour les premières, des formes catarrhales au cours d'un coryza banal,

Des formes purulentes, lors d'épidémies ou d'interventions sur le méat moyen.

En ce qui concerne les secondes, les plus importantes quant aux dangers de leurs complications et leur traitement, l'infection sinusienne prend cette forme chronique le plus souvent à la suite de poussées aiguës récidivantes ; c'est dire l'importance du rôle joué par la fragilité d'une muqueuse endo-nasale toujours prête à l'infection tant par sa constitution que par la déformation de sa charpente.

Le pharynx est encore plus à la merci d'une infection nasale et il est inutile d'insister sur les conséquences pharyngo-amygdaliennes d'un écoulement purulent glissant le long de la paroi postérieure du cavum.

Si le nez n'agit pas directement, son imperméabilité, par suite d'une déviation de cloison, d'une hypertrophie des cornets, ou d'une rhinite hypertrophique, oblige le malade à respirer par la bouche et la muqueuse pharyngée est rapidement altérée par un air qui n'a pas été filtré au travers des fosses nasales.

Quant aux oreilles, point besoin non plus de s'étendre sur les otites et mastoïdites, complications fréquentes et banales des infections grippales ou autres à point de départ naso-pharyngien.

Nous pouvons donc conclure en disant que si on considère, ainsi qu'il est normal et obligatoire de le faire, le nez comme un appareil possédant une propriété filtrante tant par sa structure que par la physiologie de sa muqueuse, il est facilement admissible que son non-fonctionnement ou un fonctionnement imparfait provoquera soit une propagation de l'infection, soit l'obligation d'utiliser une voie de dérivation à ce non destinée, en l'espèce la cavité buccale avec tous les risques d'infection directe que comporte l'issue d'un air non filtré sur des muqueuses non préparées à le recevoir.

— C —

Mais en pratique il est fréquent, pour l'oto-rhino-laryngologiste, de se trouver en présence d'un tableau peu net, d'une histoire clinique vague et imprécise, mal exposée par le malade qui, même animé de la meilleure volonté, ne peut exposer que d'une manière embrouillée, les symptômes qu'il ressent.

Ces symptômes se réduisent souvent à une gêne légère, à quelques petits troubles qu'il ne met pas toujours lui-même sur le compte de son nez :

- petites pharyngites,
- otalgies légères,
- ou diminution d'audition attribuée souvent par lui-même à un bouchon de cérumen.

Il respire mal par le nez ou ne respire plus du tout dès le moindre petit rhume, s'astreignant à compléter ou à récupérer sa respiration par la bouche.

Il renifle fréquemment et ceci non par habitude.

Il a l'impression d'avoir un nez toujours sec, ou bien n'éprouvant aucun besoin de se moucher lorsqu'il se trouve dans la rue, au froid, il a à peine franchi le seuil d'une pièce chauffée qu'un besoin impérieux s'en fait sentir.

Tantôt il éprouve de vagues maux de tête, pas assez violents pour le gêner dans son travail, mais tenaces, récidivants, surtout le matin au réveil ; il rentre dans la catégorie des « fatigués du réveil ».

Tantôt, il éprouve l'impression d'un écoulement pharyngé permanent.

Si le malade est enrhumé, il y rattache tous ces symptômes : cela se passera tout seul — et cela passe en effet — mais tous ces petits troubles subsistent par la suite et il en est réduit à incriminer un rhume déjà passé depuis longtemps ou l'usage du tabac.

S'il se précipite chez un médecin, ce qu'il demande avant tout c'est un petit traitement à suivre, le plus commodément et le plus irrégulièrement possible, qui lui débouche le nez rapidement et, tout fier, il le recommencera de lui-même chaque fois que le besoin s'en fera sentir.

Ces petites manifestations quotidiennes de la pratique oto-rhino-laryngologique sont plus importantes par leur fréquence, leur peu d'apparence clinique, leur difficulté thérapeutique, que les affections plus rares, mais infiniment plus nettes et plus riches en signes fonctionnels ou physiques.

Parmi ces troubles généraux, certains, par leur gravité, impliquent un traitement complet, énergique, autorisent les risques, les interventions, même sans certitude du résultat.

Les autres, au contraire, impliquent l'abstention. D'aucuns se discutent.

Devant les complications sans nombre que présentent ces divers tableaux cliniques, quels vont être les moyens que l'oto-rhino-laryngologiste aura à sa disposition pour faire un bilan exact de la valeur d'un nez et choisir la thérapeutique ?

C'est ce que nous allons nous efforcer de mettre en évidence dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE II

---

### DEUXIÈME PARTIE

#### QUELS MOYENS A-T-ON DE FAIRE UN BILAN EXACT DE LA VALEUR D'UN NEZ ET DE DÉCIDER DU CHOIX DE LA THÉRAPEUTIQUE ?

1° L'interrogatoire ;

2° L'examen :

a) la muqueuse

b) la charpente ; cloison ;  
cornets ;

c) la rhinoscopie postérieure.

3° les examens complémentaires :

locaux,

régionaux,

de l'état général.

Disons tout de suite que ces moyens sont tout de même assez nombreux et que leur mise en action est très facilitée par le plan normal et ordonné qui régit l'examen de n'importe quel cas pathologique en médecine générale.

Avant de se précipiter sur son spéculum pour rechercher une cause évidente, mais combien hypothétique, interrogeons longuement et avec méthode le malade, afin de tirer de lui le maximum de renseignements et classer les symptômes qu'il nous confie en vrac.

De nombreux petits faits, récents ou très antérieurs que le malade ne songe pas à mettre en évidence parce qu'il en ignore l'importance sont à la merci du spécialiste pour peu que ce dernier sache les faire ressortir.

L'interrogatoire pour le médecin spécialiste, comme pour le médecin de médecine générale, est une telle arme qu'il se doit de tout employer afin de le rendre le plus précis et le plus productif possible.

## 1<sup>o</sup> INTERROGATOIRE

Lorsque le malade a exposé, dans les formes les plus variées, les symptômes qui l'amènent à consulter, il convient de rechercher si ces troubles constituent la première manifestation d'un mauvais nez, si le sujet a déjà éprouvé des incidents analogues ou si ces ennuis forment un tout homogène et solidaire constituant un événement qui s'annonce comme devant n'être qu'un accident passager.

Dans ce dernier cas, il convient alors de ne pas oublier que l'on peut se trouver en présence d'un fait assez curieux, mais assez fréquent : cet accident parfois tardif peut être le prélude de troubles incessants sur un terrain constitué par un mauvais nez resté silencieux pendant longtemps, dont le rôle fonctionnel était normal jusqu'alors, ou n'attirait pas spécialement l'attention, attendu qu'il ne provoquait aucun trouble assez net pour vaincre la négligence qui est de règle dans la majorité des cas, on ne saurait trop insister sur ce fait.

Et le caractère pathologique de ce début tardif fait malheureusement penser à des accidents muqueux dus à une altération de l'état général, altération si souvent éprouvée par chaque individu, même de façon passagère, soit que son métier l'oblige à fournir des efforts qu'il considère comme faisant partie de sa vie courante, et la fatigue en résultant absolument normale, soit que son tempérament, tant du point de vue nerveux que du point de vue digestif ou hépatique s'accommode mal d'écarts de vie assez courants et même nécessaires.

Si le malade, fouillant dans ses souvenirs, relève quelques manifestations analogues survenues antérieurement, après avoir fait la part, grâce à un rapide examen psychologique des exagérations si communes chez tant de malades qui s'appesantissent à plaisir sur leurs maux, quitte à se suggestionner eux-mêmes et à en arriver à

considérer comme exactes de petites aventures dont ils ont été eux-mêmes les créateurs, il faudra tenter de lui faire préciser s'il a éprouvé ces troubles à une date quelconque, ou toujours vers la même période, si ces diverses manifestations ont toujours été locales, régionales et toujours les mêmes.

La répétition des phénomènes jointe à une localisation précise toujours la même prend évidemment une importance considérable ; est-ce toujours, par exemple, le sinus frontal qui paraît atteint ? lequel ? Est-ce toujours le droit ou le gauche ?

Le malade est-il prédisposé aux laryngites ? l'infection la plus banale se porte-t-elle toujours sur ce point ? précision non négligeable sur le mode et la voie d'infection.

L'oreille participe-t-elle de façon quasi constante à ces accidents passagers ?

Autant de questions à résoudre, qui peuvent l'être pourvu que l'on s'en donne la peine, et qui, par les notions précises qu'elles donnent, peuvent orienter, par exemple, le diagnostic vers une déformation quelconque de la charpente que l'on mettra facilement en évidence en appesantissant l'examen, devant le manque de netteté des signes physiques, sur un point précis : crête, éperon, queues postérieures de cornets, soupçonnables seulement par le fait que l'apparence générale de la charpente n'explique pas des symptômes dont la réapparition est aussi chronologique et la localisation toujours la même.

Quelle est maintenant, du point de vue général, l'état et la réaction du malade ? car si ces troubles peuvent être isolés, nous avons signalé déjà la fréquence de leur association à des phénomènes généraux, mais il convient de tenter une recherche sur le facteur déclenchant.

Existe-t-il des troubles intestinaux, nous savons leur importance, et les réactions des uns sur les autres, mais ce qu'il faut tenter de mettre en évidence, c'est le coupable.

Y a-t-il des troubles pulmonaires ? depuis quand le malade les

a-t-il remarqués ? Sont-ils survenus peu à peu, à chaque période d'infection endo-nasale, ou l'ont-ils précédée ?

Prennent-ils de l'extension au fur et à mesure que se répètent ou s'exagèrent les symptômes endo-nasals.

Si les symptômes reviennent périodiquement et se manifestent dans des organes éloignés tels que :

relations naso-génitales,

coryzas vaso-moteurs ou réactions cutanées,

est-on en présence de manifestations asthmatiques ? et si l'on admet avec LERMOYEZ : « ... qu'il n'y a jamais de réflexe d'origine « nasale chez des sujets ayant un système nerveux intact », on doit admettre comme étiologie de ces troubles réflexes une lésion locale, « une épine irritative » agissant sur un terrain prédisposé ou chez un individu en déséquilibre neuro-végétatif.

L'examen du nez d'un asthmatique est typiquement le cas qui nous intéresse et si, en règle générale, ainsi que l'écrit TERRACOL : « Il faut toujours chez de tels malades assurer une respiration nasale normale et supprimer les causes de compression et les foyers d'infection », on se pose au maximum la question d'opportunité thérapeutique et le rhinologiste doit traiter un asthmatique en médecin ; car il est d'autres moyens pour combattre les crises et l'hyperexcitabilité du système vago-sympathique qui, sous forme d'agents physiques : galvano-cautérisation, diastolisation ou cures hydrominérales ont quelques chances d'action sans que l'on puisse rien promettre en ce qui concerne le succès thérapeutique.

Il est très fréquent d'observer des états congestifs, inflammatoires œdémateux importants de la muqueuse rhinopharyngée avec les troubles gastro-intestinaux-hépatiques ; il faut y penser, savoir qu'en soignant ce facteur digestif on améliore le pharynx.

— Un aspect semblable se voit fréquemment chez les arthritiques.

— Afin d'effectuer un partage entre deux étiologies possible de certains troubles, l'état du pharynx, des oreilles, pourra donner

quelques indications en précisant si la responsabilité en incombe à un mauvais nez ou à des amygdales infectes.

Il conviendra donc, en cas de pharynx atteint, par exemple, de savoir si cette atteinte est surtout due au nez ou à des amygdales volumineuses.

Cette certitude permettra de décider s'il faut :

ou bien opérer les deux,

ou l'un des deux,

ou bien l'un après l'autre et dans quel ordre.

La condition de vie du malade devra entrer en ligne de compte ; S'agit-il d'un fumeur, d'un buveur, d'un sédentaire ou d'un sujet vivant dans une atmosphère viciée ?

Après nous être efforcé de montrer l'importance de l'interrogatoire dans tout symptôme pathologique endo-nasal et avoir attiré l'attention sur la coexistence et l'influence de ces symptômes locaux avec la pathologie d'ordre général, ainsi que les répercussions de maints symptômes généraux sur l'appareil aérien supérieur, passons au second point important de ce chapitre.

## 2<sup>o</sup> L'EXAMEN

Tout comme l'interrogatoire, l'examen a tout intérêt à être précis, ordonné, fouillé, mais bien souvent il ne suffit pas d'avoir recours à un examen soigneux et prolongé, il faut que le spécialiste s'impose pour règle de le refaire une ou plusieurs fois à des dates plus ou moins rapprochées ; ceci lui évitera, semble-t-il, bien souvent de porter un diagnostic erroné ou incomplet sur tant de cas dont les symptômes sont :

incomplets,  
à bascule,  
ou revêtent dans le temps un polymorphisme assez capricieux.

Ces divers aspects font croire à une cédation, une complication ou une extension ; et attirent l'attention sur des organes de voisinage tels que : sinus, pharynx, oreilles, au détriment d'une cause endo-nasale locale qui continue à exister bien qu'ayant changé d'aspect ou paru disparaître.

Cet examen endo-nasal doit porter sur deux éléments anatomiques bien distincts, pouvant agir ou réagir chacun pour leur propre compte, mais aussi intriquer leurs symptômes, ou retentir par leur pathologie l'un sur l'autre. Nous voulons parler de :

la muqueuse,  
et de la charpente.

Mais ces deux éléments anatomiques ne règnent pas seulement sur le nez antérieur, ils se prolongent, ce que l'on ne saurait assez répéter, dans toute la partie postérieure des fosses nasales, et nous pouvons poser comme principe immédiat que, pour être complet, cet examen doit porter autant sur le nez antérieur par l'examen direct que sur le nez postérieur au moyen de la rhinoscopie postérieure.

a) **La muqueuse** — La muqueuse revêt évidemment des aspects divers chez les individus sans pour cela traduire *a priori* par ses différences de teinte, un état pathologique. Mais ce qui est intéressant, c'est d'étudier les changements successifs de teintes qu'elle peut présenter chez le même sujet ; les différences de teinte existant à droite ou à gauche ainsi que les divers symptômes dont elle peut être le siège d'un côté par rapport à l'autre. On peut, par exemple, être amené à examiner une muqueuse, recouvrant une déviation de cloison, siège d'une rhinite atrophique d'un côté et d'une rhinite hypertrophique de l'autre.

TAROIS, dans les Archives d'oto-rhino-laryngologie de Chicago, attire l'attention sur le fait que la muqueuse permettrait par sa coloration de déterminer chez un sujet donné quelle est la prédominance du sympathique ou du parasympathique.

Cette muqueuse, pour l'auteur, constituerait un véritable miroir de réflexion de ces deux systèmes. Il ajoute que si la coloration de la muqueuse nasale est différente chez les sujets, on peut assister chez un même individu à des différences de coloration ou à une différence entre les deux côtés ou même à ce qu'il appelle une coloration mixte, c'est-à-dire à peine rosée des deux côtés, coloration ainsi appelée mixte par rapport à la teinte rouge, parfois cramoisie et à la teinte pâle.

Il considère qu'une muqueuse rouge signifie une prédominance du sympathique et est de règle chez des sujets fatigués, ayant de fréquentes insomnies, présentant de l'atonie intestinale et des sueurs. Par contre, une muqueuse pâle signifierait la prédominance du parasympathique chez les sujets à réactions vives, à pouls lent, etc.

Cette affirmation reviendrait donc à considérer comme normale et comme le signe d'un parfait état d'équilibre le sujet qui présente le type mixte ; et par là même attirer l'attention sur la prédominance d'un de ces deux systèmes selon que cette coloration verse dans l'un ou l'autre des deux types précédents.

Aucune expérience de ce sujet ne peut nous permettre une affirmation ou une conclusion si ce n'est qu'il renforce encore l'opinion d'une participation du nez à l'état général.

Des recherches de JUNG, TAFAUD et CHAVANNE, ainsi que le rapporte TERRACOL, ont montré également cette répercussion des deux systèmes sur la muqueuse nasale par l'entremise de glandes qui y sont incluses, ces glandes possédant une innervation double à deux éléments antagonistes, les uns excito-sécrétoires justiciables du parasympathique par l'entremise des rameaux du trijumeau, les autres fréno-sécrétoires d'origine sympathique, et dans un certain nombre de cas ces troubles d'insuffisance sécrétoire de la pituitaire pourraient relever d'une origine endocrinienne.

Il convient donc d'examiner si la muqueuse est bien le siège de cette sécrétion constante, ne s'extériorisant pas normalement au dehors des fosses nasales et qui entretient à sa surface l'humidité favorable à l'air inspiré et arrête les fines particules de poussière qui ont pu pénétrer.

Cette sécrétion peut donc être insuffisante ou exagérée et donner ainsi naissance aux différents aspects physiques de la muqueuse correspondant à des états de sécheresse ou d'hydropisie nasale.

La sécheresse de la muqueuse aurait été observée coexistant avec des maladies de Basedow ; elle s'observe également chez des sujets anémiques présentant des troubles digestifs, dyspepsie ou constipation et des troubles utéro-ovariens, ainsi que chez des sujets présentant des manifestations arthritiques et rhumatismales.

Une telle muqueuse est pâle, grisâtre ; elle a perdu son aspect vernissé et semble se rétracter sur toute la surface de la charpente osseuse.

La vaso-constriction nasale donne également par les troubles qu'elle provoque quelques renseignements intéressants, puisque, en ce qui concerne certaines affections :

- maladies du sang,
- états cachectiques,

l'anémie de la pituitaire n'est qu'un reflet de l'affection générale.

La vaso-dilatation, qu'elle soit provoquée par des causes locales ou générales, entraîne une réaction de la pituitaire caractérisée par des phénomènes congestifs et il semble bien qu'une vaso-dilatation du cornet inférieur constitue un accident fréquent de lésion gastrique, intestinale ou hépatique pour laquelle une hygiène alimentaire semble aboutir à de meilleurs résultats qu'une thérapeutique purement nasale.

Enfin, tous les symptômes physiques que l'on peut rencontrer au niveau de la pituitaire, les divers aspects de celle-ci, peuvent, selon leurs caractéristiques, faire pencher le diagnostic vers telle ou telle maladie locale ou générale, mais ne font que réduire peu à peu les possibilités d'une indication chirurgicale et sa discussion, seul but, ne l'oublions pas, de ce travail, en donnant le pas sur elle à la thérapeutique médicale. Il convient donc pour le spécialiste de s'efforcer de mettre en évidence ce qui ressort de la muqueuse elle-même et de la charpente, car il ne faut pas oublier les répercussions que peut avoir la charpente, par ses déformations, sur la pituitaire, l'entraînant non seulement à se modeler sur elle, mais créant également à son niveau des phénomènes d'hypertrophie dont la cocaïnisation viendra à bout ; signant ainsi une réaction de la muqueuse sur un cornet dont la charpente osseuse est légèrement déformée ou acquittant purement et simplement un cornet dont seul le revêtement muqueux est le siège de phénomènes congestifs, créant ainsi une obstruction plus ou moins importante du conduit nasal.

Mais nous verrons que toute cocaïnisation doit être absolument prohibée avant d'avoir procédé à une rhinoscopie postérieure.

La muqueuse ayant été examinée un peu arbitrairement avant son ossature parce que c'est elle qui se présente en premier à la lumière du spéculum et qu'elle trompe souvent le diagnostic par les épaississements dont elle peut être elle-même le siège ; il nous semble plus logique d'en arriver seulement maintenant à l'examen de la charpente dont la pituitaire traduit les déformations propres.

b) **La charpente.** — Nous reviendrons sur la difficulté qu'ils y a à faire une évaluation juste des lésions de la charpente, cloison et cornet, au moment où l'indication chirurgicale étant posée, on doit en discuter le mode d'intervention.

1° *Examen de la cloison.* — La cloison paraît épaissie ; l'interrogatoire a peut-être mis le diagnostic sur la voie d'un hémato-me, même spontané. Sa situation au niveau de la zone décollable, sa bilatéralité quasi de règle entraînant un épaississement important de la cloison muco-cartilagineuse, aidera au diagnostic.

L'abcès chaud traumatique ou non, secondaire ou non à un hématome, constitue également, par les symptômes fonctionnels et infectieux qu'il entraîne, des cas pathologiques sur lesquels nous ne nous arrêterons pas et qui exigent une intervention dont les règles n'offrent aucune discussion.

Tout l'intérêt de la question réside dans les malformations structurales : il serait de mauvais goût de nous livrer à des rappels anatomiques que tout le monde connaît au moins aussi bien que nous. Ce qui paraît intéressant, c'est de signaler que, contrairement à l'opinion de MAUCLAIRE, de nombreux auteurs affirment que la cloison peut être déviée, même chez le nourrisson et l'enfant. L'un d'eux : OMBRÉDANNE, a fait une communication sur trois cas de déviation de cloison : deux ; chez de jeunes enfants ; un chez un, nourrisson, sur lesquels nous reviendrons dans la discussion de l'intervention.

La cloison peut être :

déviée,

coudée,

épaissie,

peu importe l'étiologie de ces déformations.

Si la cloison est manifestement déviée, la déviation est-elle simple ? dans ce cas elle l'est aussi par son apparence. Combien plus compliqué est le problème qui consiste à évaluer dans quelle

proportion la cloison est déviée, ainsi que celui de savoir si le point où cette déviation semble anatomiquement gênante correspond au point clinique et aux phénomènes cliniques.

Une telle déviation peut exister, même assez forte, sans cependant gêner la respiration et sans provoquer de troubles infectieux, le cornet inférieur ou moyen n'ayant aucune part hypertrophique réactionnelle, ou la narine gardant une perméabilité très suffisante.

Dans de nombreux cas les troubles d'architecture manifestés par la portion antérieure de la cloison n'expliquant pas les symptômes pathologiques éprouvés, il faut rechercher dans la portion postérieure une malformation qui, pour être plus petite et moins visible, n'en est pas moins la cause de ces symptômes.

Que les déviations complexes soient en S, en zigzags, en accordéon, elles arrachent peut-être des lèvres de l'oto-rhino-laryngologiste une admiration sur leur anarchie structurale, mais si cette anarchie est souvent la cause des troubles, il n'en faut pas moins rechercher s'il existe des crêtes, des éperons, l'endroit précis où ils se trouvent, leur importance, leur rapport avec les troubles observés ; Sinon le spécialiste risque d'enlever une cloison abondamment déviée antérieurement et de laisser en place, parce qu'il l'ignorait, un éperon postérieur qui, au cours de l'intervention, soit à la suite de l'anesthésie locale, soit à cause du saignement, est restée dissimulée.

S'il faut aller à la demande des malformations, il est beaucoup plus prudent de les avoir bien repérées avant toute manœuvre et d'en connaître la forme et la place exactes.

Associés à ces déformations, existent des épaissements soit de la cloison elle-même, soit de sa base ou de sa partie postérieure, les crêtes ou les éperons pouvant être rangés dans le cadre des épaissements localisés.

Le spécialiste a donc intérêt à bien examiner les pieds de cloison, leur étendue, leur situation par rapport au plancher des fosses nasales, afin de procéder à une résection correcte et complète.

En conclusion il faut, dans l'examen structural d'une cloison, ne jamais perdre de vue qu'une petite déviation haute présente autant d'inconvénients qu'un gros pied de cloison et qu'une des plus grandes causes d'échec réside dans l'ablation insuffisante de l'obstacle respiratoire.

Mais, ainsi que le dit TERRACOL, si les malformations de la cloison peuvent, à elles seules, justifier les troubles éprouvés, elles ont souvent des répercussions sur l'appareil turbinale, soit que ces déformations atrophient les cornets par compressions, soit au contraire que ceux-ci s'hypertrophient. Si, en général, une atrophie des cornets se produit du côté de la convexité de la cloison et, par suppléance, une hypertrophie s'installe du côté concave, il peut exister cependant une hypertrophie du cornet inférieur siégeant du même côté que la déviation et bloquant complètement la fosse nasale.

Toutes ces malformations annexes entrent en ligne de compte dans la décision opératoire, par les manœuvres complémentaires, les préparations de la voie d'abord chirurgicale qu'elles peuvent entraîner ; il est donc indispensable que le spécialiste en fasse un bilan exact.

2° *Les cornets*. — Le rôle que nous venons d'exposer mis à part, les cornets par leur situation, leur aspect et les éléments qui peuvent se greffer sur eux, ont une pathologie propre qui peut évoluer pour son propre compte ou compliquer des symptômes de voisinage.

a) *Cornets inférieurs*. — Les cornets inférieurs, les plus faciles à examiner et à atteindre, peuvent présenter des anomalies dans

leur volume,  
leur situation,  
leur charpente,  
leur muqueuse.

Ils peuvent être hypertrophiés en totalité ou seulement au niveau de leur partie postérieure, constituant des queues de cornet pathologiques, d'autant plus nécessaires à déceler que la portion la plus importante du nez est la partie postérieure ; elle constitue, en effet, un isthme entre le cavum et les fosses nasales.

Bien que, souvent, la cloison participe à un blocage de l'arrière-nez, il ne convient pas de trop négliger l'importance de ces queues de cornet au profit des déviations de cloisons.

Ils peuvent être anormaux quant à leur situation et leur charpente, soit qu'ils présentent un aspect aplati ou qu'ils soient étendus en hauteur, entraînant une participation indiscutable à la pathologie du sinus maxillaire.

Au niveau de la muqueuse se rencontrent des dégénérescences ou des modifications pathologiques présentant un épaississement par places, à aspect polypoïde ou une dégénérescence polypoïde vraie.

Les queues de cornet elles-mêmes, sans être le siège d'une grosse hypertrophie anatomique, participent à la pathologie nasale par leur couleur.

Il est classique de diviser les queues de cornet en  
     queues de cornets blanches,  
     queues de cornets rouges.

Cette classification correspond à une réalité : les premières correspondant à une hypertrophie permanente avec modification histologique de la muqueuse ; les secondes constituant une formation passagère, simple résultat d'une poussée congestive ou infectieuse.

Cette distinction, nous le verrons au chapitre opératoire, oblige à des techniques différentes.

*b) Cornets moyens.* — On a peut-être trop l'habitude de penser uniquement à la tête du cornet moyen comme on pense toujours à la queue du cornet inférieur, car souvent la partie pos-

térieure du cornet moyen participe elle aussi à la pathologie endo-nasale.

D'autre part, l'apparition de manifestations anormales au niveau de la muqueuse du cornet moyen témoigne bien souvent d'une manifestation pathologique de l'ethmoïde, dont le rôle dans la pathologie nasale a une influence extrêmement importante.

Toute participation pathologique du cornet moyen mise à part, il n'est pas rare que l'on soit amené à discuter d'une résection de la tête du cornet, afin de rétablir la perméabilité nasale compromise par une déviation haute de la cloison dans un nez trop étroit lui-même.

A plus forte raison, le cornet moyen pourra-t-il participer, en cas d'une hypertrophie de sa charpente, de sa muqueuse ou des deux, à une obstruction déjà amorcée par une déviation de la cloison.

En outre, isolément ou en participation avec l'ethmoïde, le cornet moyen peut présenter une dégénérescence de sa muqueuse, polypoïde le plus fréquemment, entraînant un blocage du canal nasal dans sa partie supérieure moyenne ou même dans sa partie basse si la queue du cornet plonge très bas dans la zone postérieure.

Nous envisagerons plus spécialement dans le chapitre opératoire la question de la polypose nasale dont l'extrême variabilité permet difficilement une classification.

Existe-t-il enfin des synéchies ? bien qu'elles puissent souvent ne pas léser la perméabilité nasale, et n'être qu'une découverte d'examen, elles peuvent, dans bien des cas, provoquer des troubles fonctionnels variés réflexes ou infectieux donnant un véritable tableau clinique.

En tout cas, leur présence a bien des chances, même si elle ne provoque aucun trouble, d'opposer un obstacle à l'intervention chirurgicale et de gêner la voie d'abord ou un décollement de la muqueuse.

Devant un bilan et une évaluation aussi exacte que possible des

troubles et des malformations qui semblent en être la cause, il convient que l'oto-rhino-laryngologiste étudie son terrain, car il existe des nez qui, trop étroits sont peu favorables à l'intervention, entraînant un gros travail qui donne des résultats sinon négatifs, du moins bien douteux et ne met pas le malade à l'abri de complications d'un autre ordre, telle que rhinite atrophique, en élargissant une narine dont les dimensions constituaient entre elles un canal respiratoire étroit mais suffisant au point de vue fonctionnel et à l'abri d'une affection quelconque.

**La rhinoscopie postérieure.** — Nous avons déjà attiré l'attention à plusieurs reprises sur le fait qu'un examen du nez devait être complet, revenons-y pour tenter de dire toute l'importance d'un examen souvent oublié ou fait trop rapidement. La rhinoscopie postérieure. Eliminons d'emblée le « coup de spéculum » rapide, trop souvent donné et qui permet à peine de se faire une opinion d'ensemble du nez antérieur ; même un examen au speculum, lent, raisonné, sérieux, ne peut donner qu'une idée exacte, certes, mais incomplète des malformations nasales puisque le plus souvent il ne renseigne que sur le nez antérieur et moyen.

Il n'en est pas de même pour la rhinoscopie postérieure qui, bien que souvent difficile à pratiquer donne des renseignements tels sur le cavum et le nez postérieur, qu'on ne devrait jamais s'en passer ou tout au moins toujours la tenter.

Il conviendra de la pratiquer avec patience, de la recommencer autant de fois qu'il sera utile afin d'avoir le maximum de chances de la réussir, elle doit être faite sans cocaïnisation préalable des fosses nasales, car celle-ci risquerait de provoquer une rétraction de la muqueuse, rétraction regrettable dans le cas de grosses queues de cornets. Elle montrera l'état du bord postérieur de la cloison, ses épaissements muqueux, qui bien que niés par certains, semblent cependant exister et sur lesquels ne donne rien une intervention sur la cloison cartilagineuse. Elle renseigne sur l'état des queues de

cornet. Elle permet de voir s'il y a un polype chonal, qu'il soit d'origine choanale ou sinusale,

sa forme,  
sa grosseur,  
son aspect physique,  
son pédicule, si c'est possible.

Devant un nez catalogué comme normal et n'expliquant pas les phénomènes pathologiques ressentis, elle montrera peut-être

une atrésie,  
une imperforation,

ou même une chose qui, bien que peu fréquente chez les adultes, s'y rencontre pourtant : la présence de végétations adénoïdes, constituant un obstacle important et méconnu à la pénétration de l'air dans le cavum.

Il nous a été donné d'examiner un jeune homme de 18 à 20 ans. fort bien constitué physiquement, qui se plaignait de manquer de souffle au cours des exercices sportifs auxquels il désirait s'adonner ; bien qu'ayant été vu par plusieurs spécialistes, aucune cause endo-nasale n'avait été relevée ; son nez était impeccable quant à sa structure et rien n'expliquait cette déficience respiratoire, la rhinoscopie postérieure nous a montré un cavum bourré de végétations.

**La cocaïnisation.** — Après avoir signalé les inconvénients de procéder trop rapidement à une rétraction cocaïnique, tout au moins avant d'avoir procédé à une rhinoscopie postérieure, il faut insister sur les avantages énormes que procure ce produit dans l'examen du nez antérieur, un tel procédé permet bien souvent de faire un bilan exact de ce qui revient à la muqueuse d'une part, à la charpente d'autre part, — dans l'aspect physique que présente l'ensemble de ces deux éléments ; ainsi que de donner un jour sur l'arrière-nez ; que la congestion de la muqueuse, les hypertrophies localisées, les polypes, rendent souvent difficile à atteindre par la voie antérieure.

3<sup>o</sup> EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Comme complément d'examen physique, nous ne ferons que citer des moyens qu'il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer, mais auxquels l'oto-rhino-laryngologiste doit cependant penser, leur besoin se faisant souvent sentir :

la diaphanoscopie,

la radiographie,

qui restent à la disposition du spécialiste pour aiguiller son diagnostic, le confirmer ou permettre de poser de façon plus précise les indications d'une intervention.

A cet examen local ou paralocal devrait s'ajouter toujours un examen plus ou moins complet de l'état général ou des renseignements donnés par le médecin de médecine générale sur l'état physique du malade :

examen pulmonaire,

examen cardiaque,

tension,

examen des urines,

prise du sang.

Ils peuvent donner des renseignements complémentaires non dénués d'intérêt quant aux indications thérapeutiques qui doivent être posées. Enfin, et ceci nous paraît capital, il importe souvent de répéter un examen ou de faire des examens multiples. :

— soit que le malade soit vu dans un état congestif trop accentué (période des règles) ;

— soit qu'il soit infecté ou congestionné localement et qu'un examen sérieux de l'état endo-nasal ne puisse être fait qu'après une désinfection ou une décongestion des muqueuses ;

— soit, enfin, que le malade venant consulter après la cédation de symptômes passagers, on soit obligé de l'examiner à nouveau dans une période de troubles ;

— il faut également faire la part de l'émotion au moment de

l'examen, émotion qui provoque une pâleur de la muqueuse et peut même entraîner une légère rétraction.

Prendre son temps pour examiner un nez, le voir à fond, le revoir autant de fois qu'il est nécessaire, nous paraît une règle dont l'indication chirurgicale ne peut que bien se trouver.

Avant d'en terminer avec ce chapitre consacré à l'examen endo-nasal, il n'est peut-être pas inutile de signaler une possibilité pathologique que LERMOYEZ avait déjà communiquée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1899 ; cette publication, qui aborde de front le sujet de la rééducation nasale, serait peut-être plus à sa place dans un chapitre des résultats post-opératoires, mais sa sympathomatologie nous semble lui permettre d'être placé ici-même.

« Le cas n'est peut-être pas fréquent, disait-il, mais peut cependant illustrer les difficultés devant lesquelles un spécialiste otorhino-laryngologiste peut se trouver. »

Il s'agit, selon l'auteur, d'une pseudo-obstruction nasale hystérique.

« Chaque jour, disait LERMOYEZ, il nous arrive de voir des gens ayant le nez réellement obstrué et qui, pourtant, ne se plaignent pas de leur insuffisance nasale ; ils la subissent inconsciemment à condition qu'elle date de l'enfance et qu'ils aient eu le temps de s'en accommoder » (ce qui montre une fois de plus que seul compte l'intérêt fonctionnel du nez).

La malade âgée de quinze ans dont l'auteur rapporte le cas se plaignait d'une obstruction nasale complète l'obligeant à tenir la bouche constamment ouverte, d'où phénomènes para-locaux tels que :

sécheresse de la gorge,  
amygdalite,  
troubles auriculaires.

La rhinoscopie montrait un éperon moyen de la partie droite de la cloison et une hypertrophie considérable des deux cornets infé-

rieurs par saillie exagérée de leur squelette, la rhinoscopie postérieure étant négative.

Le nez fut dégagé en deux séances ; l'état local était parfait au bout de deux mois, cependant LERMOYEZ s'étonne que le résultat fonctionnel de l'opération soit loin d'être aussi brillant : la malade ne respirait toujours pas par le nez.

L'auteur, éliminant artificiellement tout spasme du voile, en arrive à porter le diagnostic d'hystérie renforcé par le fait qu'il existe une anesthésie générale de toute la surface du corps, une anesthésie tactile de la langue, une perte de goût et une perte complète de l'odorat.

Il conclut en disant que bien que la respiration nasale exige exactement les mêmes actes musculaires que la respiration buccale, la malade ne savait plus faire mouvoir son thorax dès qu'elle essayait de respirer par le nez.

L'hystérie aurait donc rendue impossible la mise en train de la nouvelle fonction respiratoire nasale qui, d'ordinaire, n'est que difficile après une désobstruction ; l'apprentissage que nécessite l'emploi rationnel d'un nez nouvellement désobstrué étant une chose que l'on observe journellement, dit LERMOYEZ, chez les jeunes adénoïdiens, l'enfant ayant contracté la mauvaise habitude de respirer par la bouche, un véritable entraînement est nécessaire pour que le nez s'accommode à son nouveau rôle.

Sans insister sur le caractère hystérique dont nous laissons à d'autres le soin de la discussion, il nous a paru intéressant de citer cette observation, afin de montrer non seulement la difficulté d'un tel examen, mais également la difficulté de porter une indication opératoire ; et de mettre en évidence combien les résultats fonctionnels post-opératoires peuvent être faussés si le spécialiste compte uniquement sur une opération régulièrement conduite pour affirmer un parfait fonctionnement physiologique immédiat.

## CHAPITRE II

---

### TROISIÈME PARTIE

#### COMMENT ÉLIMINER, CHOISIR OU ASSOCIER LES THÉRAPEUTIQUES MÉDICALES CRÉNOLOGIQUES, OU PAR AGENTS PHYSIQUES A LA THÉRAPEU- TIQUE CHIRURGICALE, OU DÉCIDER DE CETTE DERNIÈRE.

L'examen ayant été soigneusement conduit, il reste au spécialiste ayant obtenu du malade tous les renseignements utiles par l'interrogatoire, avant de prendre une décision thérapeutique, à la discuter et ne pas s'embarquer *ipso facto* sur une thérapeutique médicale ou chirurgicale sans en avoir bien pesé chaque avantage, chaque inconvénient et être convaincu d'un certain nombre de principes.

Nous ne reviendrons pas sur deux d'entre eux que nous nous sommes efforcé de mettre en évidence dans le premier chapitre, c'est-à-dire :

1° Ce que nous avons baptisé, faute d'avoir trouvé une expression plus élégante : le « paradoxe nasal » ;

2° Le fait que, seul compte le point de vue fonctionnel.

Mais d'autres principes semblent prendre ici une importance capitale :

1<sup>o</sup> Toute la pathologie nasale ne repose heureusement pas sur des troubles de la charpente, et dans la majorité des cas, seule la muqueuse entre en jeu. La pituitaire étant donc beaucoup plus importante que la charpente dont elle est le revêtement, il faut avant tout s'efforcer d'agir sur elle médicalement ;

2<sup>o</sup> Il paraît à première vue bien inutile de dire que le traitement doit, autant que possible, aller du simple au composé ; cependant il semble que cet axiome, dans tous les cas où il se vérifie, ne soit pas toujours respecté.

Soit que l'on s'exagère la nature et la gravité des lésions, soit, il faut bien l'avouer, que l'on se laisse tenter par les espérances bien légitimes que donnent des traitements plus compliqués ; bien qu'ayant donné maintes fois leurs preuves, et qu'il ne nous vienne pas à l'esprit de les critiquer, il convient peut-être de les adapter plus spécialement et de les mettre en œuvre progressivement.

En agissant ainsi, même du point de vue médical, on refrènera certainement dans la mesure normale et du bon sens les indications chirurgicales trop spontanées qui peuvent faire courir au malade un risque opératoire non en rapport avec les résultats que l'on est en droit d'en attendre.

3<sup>o</sup> Il est évidemment très agréable à l'amour-propre personnel d'instituer un traitement complet d'entretien ou d'attaque, dont on peut attendre le maximum de résultat dans le minimum de temps mais il ne faut pas oublier que les malades sont souvent enclins à un optimisme débordant dès la cessation des symptômes les plus gênants ou les plus désagréables, et considèrent bientôt comme un esclavage insupportable le fait de continuer à la lettre un traitement assez compliqué qu'ils étaient les premiers à réclamer d'urgence et qu'ils s'étaient engagés à suivre scrupuleusement ; ils simplifient peu à peu l'ordonnance, en écourtent la durée dès qu'ils

se sentent soulagés ou bien suppriment radicalement un traitement qui semble ne pas donner assez rapidement de résultat à leur gré.

Autant de cas qui permettent d'affirmer qu'un traitement doit être pratique et réalisable facilement si l'on veut qu'il soit suivi.

Ce côté psychologique du malade étant ébauché, il semble qu'un autre écueil menace l'oto-rhino-laryngologiste, écueil qu'il ne tient qu'à lui d'éviter : celui des traitements trop simples, constituant l'ordonnance type qui, si elle agit souvent, risque d'être le résultat ou d'un examen incomplet ou d'un optimisme débordant dû, celui-ci, uniquement au spécialiste.

Le fait pour l'oto-rhino-laryngologiste, d'avoir à l'esprit l'idée qu'un traitement est rarement simple, qu'il est souvent éphémère et illusoire lui permettra, par exemple, de songer à l'association de deux modes de traitement avant de conclure à l'opportunité d'un traitement chirurgical qui ne sera alors en fait qu'un adjuvant dans tous les cas où il s'avèrera secondairement obligatoire à un traitement médical et dont la technique se trouvera bien souvent facilitée par la préparation purement médicale du terrain.

DUNOYER, dès 1911, réagissait contre l'esprit chirurgical pour mettre la crénothérapie à la place qu'elle lui semblait devoir occuper dans la thérapeutique endo-nasale : « Tel mépris se comprendrait, disait-il, en parlant du dédain manifesté à l'égard des cures hydro-minérales, si les neuf dixièmes des patients étaient des chirurgicaux ; or, tout au moins dans notre clientèle de ville, le rapport est inverse. »

« Ne croyez pas, disait-il, que lorsque vous aurez brûlé des granulations pharyngées, vous aurez guéri un gouteux de ses maux de gorge ; non plus que débarrassé un insuffisant rénal de ses troubles en badigeonnant ses cornets. »

FLURIN prétend que l'époque n'est plus où la doctrine de l'infection dominait la pathologie des voies respiratoires et semblait donner pour toujours la clef, non seulement de la pathogénie des troubles morbides, mais encore de leur thérapeutique.

DEBIDOUX, dans l'ouvrage de TERRACOL, fait le point des avantages que l'oto-rhino-laryngologiste peut tirer actuellement de la crénothérapie.

Il lui semble que le rhinologiste ne doit jamais oublier, ce sur quoi nous avons déjà insisté, c'est-à-dire qu'étant médecin il doit, après s'être servi de son spéculum, procéder à un examen général aussi soigneux que possible.

Il divise immédiatement la pathologie nasale en deux grands groupes :

— *les affections aiguës*, sur lesquelles les cures hydrominérales n'ont évidemment aucune action ;

— *les affections chroniques*, qui peuvent au contraire en retirer le plus grand bénéfice.

Mais il pense avec FLURIN que « en réalité une affection chronique est constituée par une série de poussées évolutives ainsi qu'on l'observe si souvent dans les manifestations morbides des voies respiratoires supérieures, avec périodes de recrudescence et d'amélioration. »

Ils considèrent comme chroniques des sujets qui, sans avoir une inflammation permanente, du moins en apparence, présentent néanmoins cette fragilité spéciale des voies aériennes qui les rendent *chroniquement* sensibles à toutes les causes irritatives occasionnelles.

Au lieu d'envoyer à la crénothérapie des malades dont les premiers symptômes fonctionnels relativement bénins ont laissé la place à des lésions organiques, les médecins de villes d'eaux demandent qu'on prenne cette résolution pour les malades dont les voies aériennes traduisent leur souffrance par leurs premiers accès spasmodiques ou par les premières manifestations hypertrophiques ou catarrhales de la muqueuse (FLURIN).

On en viendrait ainsi à diviser les malades en deux catégories selon la division établie par les anciens auteurs :

- a) les sujets torpides non excitables,
- b) les sujets créthiques excitables, pour lesquels les eaux sulfu-

rées arsenicales ou indéterminées — type Mont-Dore —, seraient tout indiquées.

Les malades torpides non excitables à catarrhes humides, à évolution calme, lente, sont justiciables du soufre selon l'aphorisme de LERMOYEZ, le « pus appelle le soufre », ainsi que ceux porteurs de sinusites subaiguës traînantes ou sinusites à évolution chronique en dehors de toute poussée inflammatoire.

Il est inutile d'insister sur l'action des eaux arsenicales sur toute une catégorie d'enfants mous, anémiés, qui respirent la bouche ouverte, bourrés de végétations et constamment enrhumés.

En ce qui concerne les malades créthiques excitables qui appartiennent à la famille des neuro-arthritiques, il leur faut une cure de sédation et de décongestion : « Le Mont-Dore, disait LERMOYEZ, est la station spécifique de la cure antispasmodique, sédative et décongestionnante par excellence de toutes les voies respiratoires aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Quant aux dyspepsies, troubles intestinaux, qui sont de fréquents facteurs d'obstruction nasale par hyperémie réflexe, les crénologistes conseillent de remplacer toutes les cautérisations locales par Vichy, Chatel-Guyon ou Plombières suivant les cas : il en est de même pour les troubles fonctionnels du foie, des reins, que Vichy, Vittel ou Évian peuvent améliorer, retentissant aussi sur l'état endo-nasal.

Dans bien des cas, enfin, où une intervention chirurgicale seule agirait d'emblée sur une malformation nasale, convient-il d'y recourir sur des nez difficiles dont l'architecture, bien que tourmentée, ne provoque que des troubles auxquels le malade est habitué depuis son enfance, à condition qu'ils n'aient sur son état général qu'un retentissement peu important ?

La réponse est évidemment négative.

En ajoutant à ce cadre tous les nez étroits sièges de malformations et promoteurs de troubles pathologiques sur lesquels une

intervention risque de n'être pas complète, et conduite un peu au hasard vu le peu de jour qu'ils donnent à l'opérateur, on est en droit de se demander s'il convient et même s'il est raisonnable de procéder à une intervention qui ne donnera que peu d'amélioration ou même risquera de se traduire par un résultat moins bon. N'est-il pas préférable d'essayer de compenser pendant longtemps cette médiocrité plutôt que de tenter une guérison problématique ?

Nous pouvons donc conclure qu'il existe des cas évidemment médicaux et ceux-ci sont fréquents, ils rentrent dans le cadre de la pathologie normale endo-nasale et constituent le gros bloc des nez gênants ; cependant, s'ouvre tout un chapitre de restrictions.

Il existe des cas *a priori* chirurgicaux : nous avons vu que la majorité des auteurs s'accorde à les considérer comme assez rares et si l'on fait une évaluation des interventions par rapport au nombre de malades qui passent entre les mains des oto-rhino-laryngologistes, on est bien forcé d'admettre qu'une résection de cloison, par exemple, n'en intéresse qu'une partie, et si l'on renforce encore cette statistique en répétant qu'il y a peu de place à l'urgence dans la chirurgie endo-nasale, on est bien forcé de conclure que les cas *a priori* et uniquement chirurgicaux constituent une minorité.

Forment cette minorité :

- les cornets,
- les cloisons,
- les néoformations endo-nasales, bénignes et malignes,
- les polypes,
- les tumeurs,
- les corps étrangers,

tous les polypes ne devant pas être toujours rattachés aux cornets.

Comme tels citons :

- les polypes choanaux,
- les polypes des sinus,
- les polypes de l'ethmoïde.

Bien souvent la discussion s'impose, même dans des cas de malformation de la charpente, soit qu'une intervention endo-nasale de déblocage permette à la thérapeutique médicale ou thermique de mieux agir, soit qu'une préparation médicale bien conduite facilite une intervention en réduisant l'infection endo-nasale ou en décongestionnant la pituitaire, soit enfin qu'il s'agisse d'associer entre elles les diverses thérapeutiques, ce qui constitue la grosse majorité des affections, justiciables, à côté des traitements médicaux ou chirurgicaux, de l'association d'agents physiques tels que :

- diastolisation,
- rayons, ondes courtes,
- diathermo-coagulation,
- injections sclérosantes,
- inclusions.



## CHAPITRE II

---

### QUATRIÈME PARTIE

#### QUELLE INTERVENTION CHOISIR ?

C'est ainsi que par discussion des symptômes, des faits physiques et même des diverses thérapeutiques médicales instituées, on est amené à poser une indication chirurgicale.

C'est le moment de décider à laquelle on aura recours ; nous verrons dans le chapitre suivant, non pas comment les pratiquer au sens propre du mot, nous n'avons pas la prétention de discuter ou de jeter le discrédit sur des techniques bien établies par d'autres beaucoup plus expérimentés, mais nous nous efforcerons de mettre en relief quelques points délicats, quelques petits trucs sur lesquels n'ont peut-être pas assez insisté ceux-mêmes qui les pratiquent et qui semblent permettre, surtout aux débutants, d'éviter des tâtonnements, d'être complets et d'obtenir un meilleur résultat ainsi que peuvent le faire espérer les exempls que nous avons eu sautour de nous.

Si l'indication chirurgicale est parfois simple, elle est bien souvent aussi complexe, ne portant pas d'étiquette. La chirurgie endonasale est opportuniste ; comme telle elle ne peut pas entrer dans le cadre de règles bien établies ; elle ne doit pas être systématique ; sans s'allier à la fantaisie, il est souvent indispensable d'en faire éclater les limites.

Il n'existe pas que des résections « types » de cloison dont chaque geste est un geste rituel, dont chaque millimètre de travail est aussi réglé qu'une section appendiculaire normale et prend l'aspect d'une « manœuvre au sifflet ».

Quoi qu'il en soit, rappelons brièvement ici les cas dans lesquels on est amené à procéder à une intervention chirurgicale :

**La cloison.** — Les cloisons à courbes arrondies,  
à plusieurs courbes,  
à arêtes vives,  
les hauts de cloison,  
les pieds de cloison,  
les parties postérieures,  
les épaissements de toute la surface.

**Le cornet moyen.** — Insistons tout de suite sur la déception que comporte bien souvent leur traitement chirurgical, si on les revoit après l'opération, à des dates plus ou moins rapprochées, et si l'on considère le nombre d'interventions effectuées sur eux sans mettre fin par la suite aux visites du malade chez le spécialiste.

Combien de cornets qui, par leur apparence, forcent le diagnostic, donc l'intervention, alors que, en réalité, seul l'ethmoïde est en jeu ? Que faut-il en réséquer ? et pourquoi l'intervention doit-elle se faire sur : la tête,

la queue,  
la totalité ?

Autant de questions difficiles à résoudre, même sur leur apparence.

**Le cornet inférieur.** — Quelle est en l'étendue :  
en longueur,  
en hauteur ?

Quelle appréciation peut-on porter sur son épaisseur ?

Les symptômes éprouvés sont-ils le fait d'un de ces éléments et de celui-là seul ?

Y a-t-il association entre la cloison et les cornets pour créer le tableau clinique ?

Doit-on, par conséquent, agir sur l'un des éléments isolément :

— cornet,

— ou cloison,

ou sur les deux à la fois, leurs symptômes s'associant ou leur malformation retentissant l'une sur l'autre.

Tout ceci exige un choix qui est très délicat et entraîne souvent l'oto-rhino-laryngologiste à agir sur les deux éléments anatomiques l'un après l'autre ; le premier temps opératoire, même s'il est déjà pour sa part curatif, n'étant que le prélude de l'intervention décisive.



### CHAPITRE III

Nous diviserons ce chapitre en 3 parties nous efforçant de préciser  
quelques points de la technique opératoire,  
de la cloison,  
des cornets, .  
des polypes.



## CHAPITRE III

Avant de pratiquer l'intervention, maintenant que le spécialiste a conclu son examen par une nécessité opératoire, tentons de faire le point à l'aide des éléments qui permettent le choix de cette intervention.

Deux possibilités s'ouvrent à lui, l'intervention peut en effet :

- être dictée par l'aspect rhinoscopique
- ou n'être qu'orientée par la symptomatologie.

Examinons donc ces deux possibilités en deux chapitres bien distincts.

1<sup>o</sup> L'intervention à pratiquer est orientée par la symptomatologie : plusieurs cas entrent encore dans ce cadre :

A) Les troubles se justifient par la rhinoscopie qui montre une anomalie bénigne, nette, précise. Tous les différents symptômes de la pathologie nasale à point de départ anatomique endonasal peuvent s'y inscrire.

Retenons, par exemple :

1<sup>o</sup> L'existence d'une réaction du sinus frontal avec, siégeant du même côté, une hypertrophie très volumineuse du cornet moyen.

Dans ce cas la résection de la tête du cornet moyen paraît un acte judicieux, mais la difficulté réside dans l'appréciation de la proportion du cornet qu'il faut réséquer, en ayant toujours présent à l'esprit que certaines cornéotomies partielles, mais relativement importantes deviennent à peine appréciables à un examen ultérieur pratiqué quelques mois après : le cornet semble parfois, après un laps de temps plus ou moins long, s'être véritablement reconstitué.

2° L'atteinte pathologique d'un sinus maxillaire coexistant avec un gros épaississement du pied de la cloison qui, par sa forme et sa situation en rend le drainage impossible.

La résection de la cloison paraît s'imposer, mais nous examinerons ultérieurement s'il convient de chercher à réséquer une crête seule à l'aide d'une râpe ou procéder à une résection sous-muqueuse et même si celle-ci doit être partielle ou totale.

3° Enfin nous passerons rapidement sur les pharyngites avec gêne rétronasale coïncidant à l'examen (insistons encore sur la rhinoscopie postérieure) avec de volumineuses queues de cornet.

B. — Parfois des troubles se justifient par la rhinoscopie, mais celle-ci révèle une cause nasale complexe.

En effet la réaction sinusale frontale peut également et aussi bien être le fait d'un épaississement du haut de la cloison que de l'hypertrophie d'un cornet, d'un éperon postérieur et haut placé, d'une crête postérieure de la cloison. Celle du sinus maxillaire peut relever de la présence d'un cornet étendu ou en hauteur, d'un cornet aplati descendant très bas, accolé à une crête du pied de la cloison.

C. — L'aspect anatomique enfin ne justifie pas la symptomatologie ; une discordance fréquente et évidente, indiscutable, existe entre l'élément anatomique sous ses aspects pathologiques et les signes cliniques observés ou rapportés. A bien des sinus douloureux correspond un état nasal local excellent ou dont les légers troubles n'expliquent en rien l'acuité des symptômes pathologiques. Cependant là encore il faut se méfier d'un examen trop rapide, le faire très complet, très attentivement ; dans le cas où il est négatif, revoir le malade, le répéter, et, s'il persiste dans la négativité, il ne faut pas en être surpris.

Tout ceci montre une fois de plus que l'élément principal dans la grosse majorité des cas, pour ne pas dire dans leur totalité, est une

question de bon sens, de jugement, de soin apporté à l'examen en évitant de se presser, quitte à faire revenir le malade ; celui-ci, en général, ne se montre pas vexé d'être l'objet d'examens répétés, il est même toujours plus ou moins sensible au fait que son cas « retient l'attention » du médecin.

D'autre part on ne saurait trop répéter que, pour faire « parfait » on peut être tenté de faire de multiples choses, alors qu'une seule bien choisie suffirait pour obtenir un bon résultat fonctionnel et éviterait le risque de faire moins bien en voulant faire mieux.

2° Dans d'autres cas l'intervention est dictée par l'aspect rhinoscopique ;

le malade a été vu à l'occasion de :

- rhumes fréquents,
- pharyngites,
- angines,
- gêne respiratoire,
- retard du développement,
- diminution de l'audition,
- céphalée,
- accident traumatique,
- signes de pathologie générale.

A) A l'examen on trouve une déformation évidente localisée de la charpente, une hypertrophie localisée de la muqueuse ; le cas est facile. La conduite à tenir est évidente, abstraction faite des moyens employés.

B) Mais plus souvent on trouve un mauvais nez,

- soit un nez étroit,

de gros cornets avec des queues volumineuses, une déviation nette ;

- soit un accident de la cloison, éperon, crête, ou pied.

Bien souvent ces divers éléments se surajoutent et compliquent un nez déjà étroit dont l'abord n'en est rendu que plus difficile.

Dans ce cas il y a encore intérêt à aller du simple au composé, avec prudence, en prenant son temps, après avoir essayé tout d'abord un traitement médical soit comme but thérapeutique isolé, soit en tant que préparation du terrain, soit comme adjuvant d'une cautérisation, puis, s'il est nécessaire, pratiquer une cornéotomie,

— ablation d'une queue à l'anse,

— rétraction de la partie antérieure au cautère, ou du repli inférieur au ciseau courbe.

Enfin, pour parachever la création ou le modelage du canal aérien on pourra être amené à faire une résection de cloison.

Encore faut-il y être encouragé si les premières opérations sont restées totalement inefficaces ou si elles s'avèrent dès le début comme insuffisantes ou comme premier pas, pour des raisons diverses, de l'intervention.

Il faudra toujours se méfier d'un échec possible dû à l'existence d'une cause générale que l'on devra toujours rechercher et tenter de mettre en évidence et savoir que même sans cause décelable possible, il est des infections rhinopharyngées que n'améliore guère la mise en état du nez et les corrections qu'il paraît utile d'y apporter.

Il convient donc de peser très soigneusement les divers éléments favorables et les contre-indications, afin d'évaluer avec le plus de précision possible les chances de succès.

Il faut en conclure que si c'est la part de la muqueuse qui est primordiale dans le tableau pathologique, il est peut-être préférable de s'abstenir de toute manifestation intempestive et que devant un nez très étroit ou on manque de place et de jour, les résultats opératoires restent bien problématiques.

## CHAPITRE III

---

### PREMIÈRE PARTIE

#### LA CLOISON

Maintenant que le spécialiste s'est posé dans bien des cas la nécessité opératoire, qu'il a jugé nécessaire l'intervention et qu'il a bien choisi celle qui s'impose, comment va-t-il la pratiquer ?

Avant d'entrer dans cette partie chirurgicale proprement dite du présent travail, rappelons que nous ne nous occuperons que de ce que nous avons baptisé peut-être un peu sommairement la « chirurgie endo-nasale courante » ; ce qui revient à dire que nous éliminerons systématiquement :

— certaines malformations congénitales d'oto-rhino-laryngologie, il faut d'ailleurs le dire : exceptionnelles, telles que :

- l'imperforation choanale,
- les atrésies narinaires,
- les synechies,
- les abcès chauds et les hématomes de la cloison,
- les accidents traumatiques,
- les perforations de la cloison, type Hajek,
- les diverses formations tumorales,
- le traitement chirurgical de l'ozène,
- les déformations de la pyramide nasale, etc...

Nous n'aurons pas le mauvais goût de vouloir faire quelque

chose de complet et nous nous limiterons exclusivement aux interventions sur :

la cloison

les cornets

les polypes.

## 1. — *L'INTERVENTION SUR LA CLOISON*

Il était classique autrefois d'enlever des crêtes de cloison à la râpe ou au rabot. Cette technique est encore pratiquée par certains, mais paraît tomber de plus en plus en désuétude, car il n'était pas rare d'observer souvent, à la suite de ces interventions, une reproduction de la déformation.

LANRENS et AUBRY, en parlant de ces techniques précisent que :  
 « on a abusé du rabotage du nez, que ces ablations de crêtes et  
 « d'éperons devaient être réservées aux cas où il est impossible de  
 « les enlever par une résection sous-muqueuse. » Et ils ajoutent :  
 « raboter une crête ou un éperon implanté sur une déviation, sans  
 « toucher à cette dernière est inutile bien souvent et complique  
 « singulièrement l'acte opératoire si l'on pratique ultérieurement  
 « une résection sous-muqueuse, par suite de la difficulté que l'on  
 « rencontre alors à trouver le plan de clivage. »

On s'aperçoit, en effet bien souvent, que la crête était bien peu de chose en comparaison des déformations de l'ensemble.

Ce sont d'ailleurs des opérations très susceptibles de provoquer l'apparition de synéchies et qui semblent ne devoir être préconisées que dans des cas très limités, cas dans lesquels, sur une cloison parfaitement normale quant à sa direction d'ensemble se trouve une proéminence très localisée et très saillante ; encore est-il préférable de faire une résection totale et on sait trop les difficultés d'une retouche de cloison pour se les créer délibérément si l'on craint d'avoir à intervenir postérieurement sur toute la cloison.

DUTHEILLER de la MOTTE et SOURDILLE, au congrès d'O. R. L., en 1929, sont catégoriques au sujet de l'utilisation du « rabotage » des crêtes.

Le rétablissement de la perméabilité de l'étage supérieur des F. N. s'obtient par une double manœuvre :

- redressement et amincissement de la cloison nasale d'une part ;
- libération des méats moyens par résection et luxation des cornets moyens d'autre part.

Une seule des méthodes de résection est à retenir, la résection en sous-muqueuse aussi large et aussi haute que possible : « Il y a  
« longtemps que nous avons abandonné, disent-ils, les méthodes du  
« rabot, de la pince de Struycken et de la gouge, car si elles font  
« disparaître la crête ou l'épine osseuse, elles laissent la déviation  
« concomitante, surtout la déviation haute et s'il faut réintervenir  
« par la suite, l'opération antérieure rend la résection sous-  
« muqueuse plus difficile. »

Elles laissent de plus une large plaie cartilagineuse, la cicatrisation est lente et les synéchies fréquentes, la cicatrice est mal irriguée et peut s'ulcérer.

N'envisageons donc que la résection sous-muqueuse totale de la cloison, il n'est pas abusif de dire qu'elle est extrêmement difficile à faire (à bien faire) trop souvent elle est mal exécutée parce qu'on n'a pas assez à l'esprit qu'elle est la plus délicate des opérations courantes en rhinologie endo-nasale.

Son indication elle-même est très difficile, elle se pose :

- en présence d'une déviation courbe à large convexité droite ou gauche réduisant considérablement la perméabilité narinaire, sans qu'aucune intervention sur les cornets puisse faire espérer un rétablissement suffisant de la perméabilité nasale.

Ce sont ces déviations de formes diverses à une ou plusieurs courbures orientées dans les sens vertical ou dans le sens antéro-postérieur dont parle le professeur WORMS, leur étendue et leur siège sont variables, mais l'obstruction qui en résulte est d'autant plus marquée que le rétrécissement porte au niveau de l'étage moyen de la fosse nasale.

Les déviations haut placées échappent parfois à l'examen direct,

surtout lorsque les cornets hypertrophiés viennent en masquer l'aspect.

Elle se pose également dans le cas d'une cloison qui, sans rétrécir une narine complètement aux dépens de l'autre, crée, du fait de sa déformation des replis multiples, des sinuosités, des points de contact avec la muqueuse de la paroi externe et des zones de rétention ou de drainage insuffisantes.

**Leur situation.** — Quels sont les points où il est important de supprimer ces déformations et où les rencontre-t-on avec la plus grande fréquence ?

Ce sont :

1<sup>o</sup> D'une part les épaississements du haut de la cloison, réduisant considérablement l'espace réservé au cornet moyen, s'accompagnant souvent de réaction du sinus frontal, et rendant vaine toute tentative de drainage du sinus par résection de la tête du cornet moyen.

2<sup>o</sup> Et ceci paraît essentiel : il existe des déformations en crête de la partie postéro-inférieure de la cloison, déformations qui exigent un examen très attentif au speculum.

Elles sont très fréquemment une cause de rhinites postérieures pouvant, du fait de la symptomatologie et des signes fonctionnels présenter des troubles habituellement en rapport avec un développement des queues du cornet, bien qu'allant souvent de pair avec une rectitude plus que suffisante de tout le reste de la cloison.

Il semble logique de faire entrer dans cette catégorie les épaississements souvent considérables du bord postérieur de la cloison nasale.

3<sup>o</sup> Le pied de cloison, bien souvent répréhensible, toujours difficile à bien enlever. Tous les aspects peuvent se montrer et un pied de cloison très épaissi, souvent légèrement sinueux, même s'il ne s'accompagne pas d'une déformation concomitante de la partie

supérieure, ce qui est pourtant le cas le plus fréquent, exige formellement l'intervention.

Enfin notons accessoirement les indications d'ordre esthétique, les indications dérivant des malformations qui, par leur présence entravent des manœuvres thérapeutiques indispensables, telles que :

— insufflation, cathétérisme, etc...

et enfin l'intérêt de la résection sous-muqueuse de la cloison en présence d'un nez étroit que l'on ne peut songer à agrandir suffisamment en intervenant seulement sur les cornets, étroitesse du canal endo-nasal que l'on peut améliorer en enlevant une cloison un peu épaissie.

En ce qui concerne les résections partielles dont nous avons parlé tout à l'heure et qu'il est évidemment impossible de ne pas envisager de façon autonome, le principe de la résection de la partie déviée seule peut parfois donner des résultats exempts de toute critique, mais ceci nous amène à dire qu'il convient, lorsqu'on la pratique sous-muqueuse, de bien s'attaquer à elle, directement, et de ne pas partir pour une résection trop large au risque de laisser en partie ou en totalité la zone déviée ; il faut donc que l'incision appropriée commence en vue de la partie lésée afin de s'attaquer à elle en premier lieu, quitte à élargir le « chantier » et de ne pas l'oublier par suite des éléments intempestifs, tels que :

— l'apparition du sang,

— l'œdème dû à la novocaïne,

— la nervosité du malade,

— ou autre facteur que l'on peut rencontrer au cours de toute résection de la cloison. Il convient donc dans ces cas de placer son incision à la demande du niveau et de la forme de la crête.

**Technique.** — Cette intervention, difficile et très délicate, dans un espace restreint, avec des instruments, si fins soient-ils, qui exigent cependant une taille et une force assez importante et qui se

pratique dans une région richement innervée et vascularisée, est, sinon douloureuse, du moins indiscutablement désagréable pour le malade, elle demande de la part de l'opérateur beaucoup de patience, beaucoup de soins et des gestes dont le moindre a son importance. On ne peut évidemment pas se permettre la plus grande, ni même, la moindre fantaisie et passer du pied au haut de la cloison alternativement ; l'étroitesse du jour opératoire exige de la méthode et du bon sens.

Il n'y a pas de détail négligeable en matière de déviation de cloison et la qualité des interventions dépend du soin apporté et de la perfection du détail.

Sans décrire les diverses méthodes préconisées par les uns ou par les autres, nous insisterons, à chaque temps opératoire, sur les points qui nous paraissent justiciables d'une mise au point et susceptibles d'être améliorés, simplifiant ainsi l'intervention et permettant un meilleur résultat.

## I. — PRÉPARATION DU MALADE

Il faut penser que l'on fait une intervention locale et que l'on aura à lutter souvent contre une nervosité ou une appréhension très légitime de la part du malade.

Il faut songer que nombre de ces opérations sont mal faites ou complètement ratées par suite de l'agitation ou du manque de docilité du sujet.

Il sera donc bon, dans la plupart des cas de préparer un malade par :

- un gardénal
- un pantopon
- une scopolamine
- une morphine
- ou tout autre sédatif ou analgésique

puis de placer le malade dans la position optima partout décrite.

## II. — ANESTHÉSIE

L'anesthésie générale est à prohiber parce que inutile et bien difficile à conduire.

Il y a intérêt à laisser localement à demeure pendant une dizaine de minutes, avant de pratiquer l'anesthésie à la novocaïne, un tampon de cocaïne à 10 % placé profondément dans chaque narine, ce tampon aura le double intérêt :

a) de constituer une anesthésie préparatoire parfois très intéressante,

b) de donner par la rétraction qu'il provoque, une meilleure visibilité.

**L'anesthésie à proprement parler.** — Celle-ci doit être franchement sous-muqueuse, tout au moins dans son premier temps. On utilisera par exemple comme anesthésique, une solution de novocaïne à 1 % ou à 1/200 ; il est peut-être bon d'y associer un peu d'adrénaline dans la proportion de 1 cc. d'adrénaline pour 20 cc. de solution de novocaïne. On commencera l'anesthésie de préférence par le côté convexe de la déviation.

L'anesthésie proprement dite est difficile, mais très importante à la partie basse ; c'est donc là qu'il semble préférable de la commencer afin d'amorcer en même temps le décollement.

Il a y donc intérêt :

1° A ne pas la commencer au niveau de la partie médiane (ou autre) dont le gonflement augmenterait par suite de l'introduction sous pression de la novocaïne et gênerait l'abord de la partie basse et de la partie postérieure.

2° Si elle n'est pas franchement sous-muqueuse, elle augmentera les difficultés du décollement qui, sans cela est en général assez simple.

3° Il ne faut pas larder la muqueuse de coups d'aiguilles qui détermineraient autant de points d'hémorragie et permettraient au

liquide injecté de sourdre par les orifices déjà existants, n'apportant plus ainsi au décollement l'aide que l'on attend de lui.

Mais il est évident que si l'on se contente de pousser une nappe de novocaïne uniquement sous-muqueuse, on fera plus un décollement qu'une anesthésie ; il sera donc prudent de faire quelques petites infiltrations intra-muqueuses.

Ceci, bien entendu lorsque, les trois ou quatre points de pénétration — successifs et d'avant en arrière en commençant par la partie basse de la cloison — auront été faits et concouru ainsi au décollement complet de la muqueuse.

Si un point de la cloison est particulièrement difficile à atteindre — grosse crête — éperon ou angle prononcé — il y aura intérêt à commencer l'anesthésie par cette partie et non par la partie antéro-inférieure comme dans une déviation à courbe simple convexe.

### III. — L'INCISION

Trois choses sont à bien préciser dans ce chapitre :

1<sup>o</sup> la situation

2<sup>o</sup> l'étendue

3<sup>o</sup> la profondeur de l'incision.

**1<sup>o</sup> La situation.** — Il faut que l'incision ne soit pas trop antérieure, de façon à laisser une petite partie de la charpente comme support antérieur du nez, afin d'éviter l'effondrement de l'arête nasale.

Cependant quand on a tendance à pratiquer cette incision trop en arrière, on se trouve désagréablement surpris en constatant par la suite que le malade est parfois gêné du point de vue respiratoire, par la persistance d'une déviation toute antérieure ou la reproduction d'une partie de la cloison.

En principe une incision devra être faite à trois ou quatre millimètres en arrière du bord antérieur.

**2° L'étendue.** — Cette incision devra porter sur toute la hauteur de la cloison, elle devra être commencée dans le sillon supérieur et terminée tout au bas du pied de la cloison, de façon que celui-ci soit absorbé tout à fait d'avant en arrière et non pas de haut en bas.

**3° La profondeur.** — Il faut qu'elle passe franchement au travers de toute l'épaisseur de la muqueuse pour venir au contact du cartilage que l'on sent parfaitement sous la pointe du bistouri.

Il y a peu d'importance à ce qu'elle soit faite d'emblée jusqu'au cartilage, ce serait un souci d'esthétique superflu, on peut s'y reprendre à plusieurs fois pour l'amener à bien, à condition de ne pas mâchurer la surface de section et qu'elle atteigne le cartilage dans toute son étendue ; la faire à petits coups, sans créer un puits qui gênera au décollement et empêchera le décolleur de ses promener de haut en bas ou de bas en haut en restant toujours parfaitement horizontal, les mouvements de torsion qu'on lui imprime devant toujours se faire autour de son axe.

Cette section est difficile à faire, on est souvent gêné par le sang, et il importe qu'elle soit complète, qu'elle soit aussi franche et nette dans le bas que dans le haut et qu'elle intéresse complètement la partie basse de la muqueuse.

Il faut que l'incision soit bien verticale, que ses bords soient perpendiculaires au cartilage ou mieux en biais, d'avant en arrière et de la surface vers la profondeur, afin de favoriser l'introduction du décolleur.

Il vaut la peine d'y perdre du temps et de la faire parfaitement.

Enfin il n'est pas superflu d'attirer l'attention sur ce fait que le chirurgien doit bien connaître son bistouri et n'avoir aucune surprise sur ses facultés de section.

#### IV. — LE DÉCOLLEMENT

Le décollement est évidemment le temps essentiel de la déviation et malgré une bonne préparation due à son commencement par l'anesthésie, il peut être gêné par plusieurs facteurs. On doit donc s'y appliquer de son mieux, car, s'il n'est pas complet on est conduit à l'échec total d'une intervention bien commencée.

Il est plus ou moins facile selon qu'il s'agit d'une cloison à laquelle on touche pour la première fois ; qu'il s'agit, ainsi que nous le verrons plus loin d'une retouche, ou que l'on travaille dans une réaction inflammatoire.

Il est souvent des plus pénibles, mais il ne faut jamais peser de façon brutale sur le décolleur, de crainte de traumatiser la muqueuse, il faut agir de façon :

répétée,  
progressive,  
lente,

par petits mouvements de torsion sur son axe, sans quitter le plus souvent l'horizontale, ce qui est facilité par une bonne tranche de section de la muqueuse.

Pour qu'il soit complet, le temps et la patience, aidés, il faut le reconnaître, bien souvent par la chance, sont indispensables.

L'élément le plus fâcheux est certainement l'hémorragie, il faut prendre son temps ; et mécher avec une pression progressive aussi souvent qu'il le faudra. Ce qui présentera un double intérêt : celui de rendre un champ opératoire exsangue, et celui d'aider considérablement au décollement.

Il faudra s'attaquer directement à l'endroit le plus dévié afin de ne pas risquer de l'oublier ou de mal le voir en cas de saignement trop prononcé.

## V. — INCISION DU CARTILAGE

Elle constitue un temps relativement simple, à condition qu'elle soit faite sur toute la hauteur du cartilage en regard de la tranche entière de l'incision de la muqueuse. Un doigt placé dans l'autre narine permettra une section complète du cartilage sans risquer une perforation de la muqueuse de l'autre côté.

VI. — LE DÉCOLLEMENT  
DE LA SECONDE SURFACE MUQUEUSE

Il ne semble pas présenter plus de difficultés que du côté convexe. Là encore le tamponnement alors bilatéral aidera l'opérateur, permettra de déceler le côté qui saigne le plus et mettre bien en évidence la section cartilagineuse sur laquelle on placera à cheval le speculum de Hautant.

## VII. — ABLATION DE LA CLOISON

Le speculum de Hautant étant parfaitement en place et le cartilage bien libéré de ses muqueuses sur ses deux faces, on procède à son ablation.

Le couteau de Ballanger paraît être l'instrument de choix pour amorcer cette ablation, mais, il ne paraît pas indiqué que la portion enlevée soit trop importante en bas et en haut afin de conserver une portion permettant une bonne prise à la pince de Luc.

Il est exceptionnel d'éprouver de la difficulté pour enlever la portion moyenne du cartilage avec ce couteau à bascule que l'on peut enfoncer assez loin dans la profondeur.

Mais toute la difficulté commence au moment d'attaquer le haut et le pied de la cloison ainsi qu'une crête de cloison surtout basse et postérieure.

La pince de Luc a, en général, assez rapidement raison d'un haut de cloison, mais le pied exige une technique plus compliquée.

**Le pied.** — Après avoir vérifié son parfait dégagement de chaque côté, il peut être bon de procéder à un tamponnement local à l'aide d'un hémostatique ; en tout cas il est indiqué de tamponner de nouveau ses deux faces à la compresse, ce qui permettra de regagner en rapidité le temps qu'aurait pu faire perdre un saignement de nez intempestif.

Comment l'attaquer ?

Comment l'enlever complètement ?

Deux questions dont la solution est évidemment différente selon les cas. Convient-il de l'attaquer à sa partie antérieure,

médiane,

postérieure.

Si c'est possible :

il semble que le mieux soit de l'attaquer successivement dans ses trois parties à l'aide d'une forte pince et de l'ébranler en masse, c'est-à-dire de le désarticuler en le mobilisant peu à peu ; une prise large pourra parfois le briser ensuite complètement et en entier à sa base.

Si on obtient de la sorte un énorme morceau, il faut prendre garde lorsqu'on l'enlève de ne pas léser la muqueuse, s'assurer donc que cette dernière n'est pas prise ou embrochée par un petit fragment et se protéger de son speculum de Hautant dont les valves n'ont pas intérêt à être trop pointues dans leur extrémité.

Dans d'autres cas, le pied est gros, épaissi, la pince ne peut arriver à une désarticulation, il est alors nécessaire de se servir de la gouge coudée à queue d'hirondelle et du maillet. Cependant il semble inutile la plupart du temps de prolonger le coup de gouge, de petits chocs successifs suivis de mouvements de luxation semblent devoir suffire.

Outre ces deux possibilités, devant la résistance de certains pieds

épaissis et en cas de saignement gênant la visibilité, il y a peut-être intérêt à se servir d'une pince plus forte et tranchante (genre pince à biopsie de Laurent).

Une fois l'intervention terminée, il faut pratiquer une vérification des deux narines, s'assurer que l'ablation est complète, que toute crête ou éperon a disparu et, à l'aide du décolleur, en comprimant par les fosses nasales, s'assurer que la cloison cartilagineuse a disparu et que seule subsiste une cloison muqueuse souple.

Ne pas se presser et réintervenir à la demande jusqu'au résultat final, ce qui paraît superflu à dire, mais qui, en réalité, n'est pas toujours constaté dans les résultats observés postérieurement.

Certains auteurs préconisent, quand cela est nécessaire, une intervention de complément qui semble donner d'excellents résultats, c'est la luxation du cornet moyen en introduisant un ciseau rond contre la cloison et la surface du cornet et en écrasant ce dernier contre la paroi externe. Cette pratique donne souvent un jour surprenant.

**Le pansement.** — Il semble que la question du méchage n'ait pas une importance considérable non plus que la nature de la mèche, qu'elle soit sèche ou huilée.

Ce qui compte avant tout c'est d'adapter le degré du tamponnement au degré de l'hémorragie ou du suintement sanguin.

Si cela est possible, il paraît indiqué de mécher seulement une narine, celle de l'incision muqueuse, ce qui permet :

- une simplification
- un agrément pour le malade.

## *II. — INTERVENTIONS SUR UNE CLOISON DÉJÀ OPÉRÉE*

Les multiples causes d'échecs d'une intervention sur la cloison amènent fatalement un O. R. L. à réintervenir ou à intervenir sur une cloison déjà opérée, mais si le résultat souhaitable n'est pas certain, si on a l'impression que l'intervention sera trop compliquée, si les indications ne sont pas formelles, il est probablement préférable de s'abstenir de tout traitement sanglant et de lui préférer un traitement médical ou une cure thermale ; tant sont à craindre les résultats néfastes d'une nouvelle opération.

Si l'indication d'une retouche est nettement posée et paraît indispensable, il faut savoir la difficulté qui présidera à un nouveau clivage. Il semble que le plus souvent on ne doive pas chercher à créer un clivage artificiel qui serait :

- extrêmement difficile
- et très aléatoire

en reprenant la cloison à sa partie antérieure suivant la technique normale d'une résection de cloison.

Mais au contraire aller directement sur le point ou les points déviés et faire son incision sur la tranche saillante du cartilage.

On peut alors procéder à peu près dans les mêmes conditions que pour une cloison ordinaire. Mais il est des cas où pour rejoindre deux points déviés on sera obligé de procéder à un clivage artificiel des deux feuillets muqueux accolés. Ce clivage il faudra le faire autant que possible au décolleur sans avoir recours au ciseau à bout rond qui présente un risque considérable de provoquer une perforation.

La retouche en cas de déviation de cloison augmente toujours dans des proportions considérables la difficulté de cette opération, c'est un fait dont il convient de bien se pénétrer.

## LES PERFORATIONS DE LA MUQUEUSE

Ces quelques aperçus sur les retouches de cloison, nous amènent à dire quelques mots sur les perforations de cloisons.

Il n'y a pas d'O. R. L. qui n'ait à se reprocher une perforation de la muqueuse au cours d'une résection de cloison. Il est courant de voir dans un nez antérieurement opéré et bien opéré en tant qu'ablation cartilagineuse, une perforation de taille plus ou moins importante. C'est là un maigre reproche à faire ou à se faire, car, si du point de vue esthétique et anatomique la perforation a quelque chose d'inélégant, elle ne comporte à peu près pas d'inconvénient.

Elles constituent une complication immédiate ou secondaire, mais de peu d'importance : c'est en général un incident bénin et inoffensif.

D'après SERCER les perforations secondaires ou tardives seraient dues à la formation de petits hématomes suppurant secondairement d'où thrombose des petits vaisseaux et nécrose consécutive.

Quoi qu'il en soit nous n'avons pas à entrer dans la pathogénie d'un accident assez fréquent, somme toute, dans les résections de cloisons, mais que l'on devait signaler.

Cependant elles peuvent amener quelques considérations intéressantes sur certaines cloisons extrêmement difficiles, car il est parfois nécessaire de faire, au cours de déviation très prononcée, des sacrifices muqueux. Prenons par exemple le cas où les deux parties déviées forment un angle important et assez aigu : il est bien évident que le décollement sera extrêmement difficile, même impossible dans certains cas, car le décolleur qui a été passé d'avant en arrière et de dedans en dehors, ne peut, par suite de sa rigidité, franchir l'angle de la déformation pour être ensuite manœuvré de dehors en dedans.

Il ne reste qu'une solution, c'est de supprimer l'une des faces de la muqueuse et de garder l'autre intacte.

On devra donc, si cela est nécessaire, supprimer au moins la première portion de la muqueuse, celle couvrant la surface antérieure de la crête et on réinterviendra ensuite à partir de l'arête comme pour une cloison ordinaire. D'une façon générale quand on se heurte à une telle difficulté, il faut savoir supprimer délibérément un des feuillet de la muqueuse plutôt que de vouloir à tout prix arriver à faire une résection sous-muqueuse classique de la cloison, et inévitablement, une perforation.

C'est, en général, le cas des cloisons à plicature d'origine traumatique fréquemment rencontrés chez les boxeurs.

Tous les aspects de déformation peuvent se voir. Elles constituent parfois des découvertes au cours de l'intervention, il faut s'y attendre, s'y adapter, au besoin reprendre l'anesthésie.

Dans ces cas s'impose au maximum la vérification soigneuse du nez à la fin de l'intervention.



## CHAPITRE III

---

### DEUXIÈME PARTIE

### LES CORNETS

#### 1<sup>o</sup> LE CORNET INFÉRIEUR

#### 2<sup>o</sup> LE CORNET MOYEN

**Les cornets.** — Parmi les procédés multiples qui s'offrent au spécialiste dans le cadre de cette chirurgie, trois des principaux retiendront presque uniquement notre attention :

- la cautérisation,
- la turbinectomie,
- l'ablation des queues de cornets.

Ces procédés peuvent être employés isolément, mais le sont le plus souvent en association. Comme nous supposons que les indications en ont été bien posées et que nous ne travaillons que la technique de ces procédés, nous ne prendrons pas comme classification celle qui consiste à limiter telle ou telle intervention à telle ou telle pathologie, mais nous prendrons l'ordre anatomique en étudiant successivement les interventions sur :

- le cornet inférieur,
- le cornet moyen,

selon les aspects qu'ils présentent et la façon dont il y a intérêt à intervenir pour faire cesser les symptômes qu'ils entraînent ou les obstacles qu'ils opposent.

Ces interventions sont fréquentes, il faut bien le dire, en général assez mal réglées ; les tendances les plus diverses s'affrontent :

- réséquer ou non,
- le faire largement,
- ou être très conservateur,

autant de questions qui, jointes à d'autres obligent :

1° à ne pas être systématique,

2° à être opportuniste,

et modifier sa technique ou son action à la demande du terrain.

## I. — LES CORNETS INFÉRIEURS

Divers cas peuvent se présenter.

Le cornet peut être gênant

A) Par suite de l'hypertrophie d'une muqueuse qui est normale en elle-même et ne provoque qu'un encombrement mécanique sur un cornet dont

le volume,

la situation,

sont normaux.

En outre, cette muqueuse hypertrophiée peut l'être soit sur toute l'étendue du cornet, soit seulement sur sa partie postérieure (queue de cornet) soit que la partie postérieure hypertrophiée s'ajoute à l'hypertrophie du corps du cornet.

Ce qui compte surtout c'est la partie postérieure du nez, véritable isthme entre le cavum et les fosses nasales.

Actuellement on néglige peut-être trop l'importance des queues de cornets en faveur de celle des déviations de cloisons, alors qu'autrefois cette intervention a été particulièrement en vogue.

C'est une opération qui paraît pourtant excellente, qui donne des résultats remarquables dans des cas où son indication est parfaitement posée, c'est tout dire de l'importance de la rhinoscopie postérieure laquelle évite l'écueil, qui n'est pas si rare, des végétations adénoïdiennes ; nous avons déjà assez longuement insisté sur ce sujet pour ne pas avoir à y revenir ici.

B) Il peut s'agir également de cornets anormaux *par leur charpente* : cornets aplatis, étendus en hauteur, qui, sous une apparence bénigne, participent à la pathologie du sinus maxillaire rendant impossible son drainage ou sa ponction. D'où nécessité d'une abla-

tion importante du cornet au cours de la contre-ouverture nasale de la sinusite maxillaire. De tels cornets sont pathologiques et relèvent de la chirurgie.

C) Des cornets anormaux enfin ; par la dégénérescence, et les modifications pathologiques de leur muqueuse et présentant :

- soit un épaississement par places revêtant un aspect polypoïde et provoquant une grosse obstruction nasale,
- soit une dégénérescence polypoïde vraie,
- soit une hypertrophie polypo-fibreuse.

a) Cas de l'hypertrophie de la muqueuse sur un cornet normal.

L'opération de choix semble être la cautérisation, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, à moins de rhinite aiguë ou subaiguë, de crête ou éperon de cloison situés trop au centre de l'hypertrophie et risquant de provoquer une synéchie.

Encore faut-il que cette cautérisation soit suffisamment profonde, longue, prenant très en arrière et menée sur toute la longueur du cornet.

Dans bien des cas cependant il semble qu'il y ait intérêt à diminuer l'hypertrophie de la muqueuse, du corps du cornet en procédant sur toute sa longueur à une section au ciseau articulé coudé, section qui aura l'avantage de provoquer par la suite une sorte de rétraction cicatricielle.

La reproduction de la déformation paraît beaucoup moins fréquente, à la suite de ce procédé, que lorsqu'on s'est contenté de tracer quelques raies galvaniques. Mais deux difficultés surgissent :

1<sup>o</sup> Il est parfois bien difficile de passer un ciseau dans un cornet véritablement hypertrophié, et si on a recours à la cocaïne la rétraction est plus souvent telle que la matière à réséquer vient à manquer.

2<sup>o</sup> Dans d'autres cas il est impossible de passer et de manier l'instrument choisi sans risquer une synéchie secondaire et le spécialiste se trouve obligé de pratiquer une cocaïnisation limitée. Or,

si cela est relativement facile dans le nez antérieur, il en est très différemment au niveau du nez postérieur, ce qui importe surtout pour le bon résultat.

b) Cornets anormaux par leur charpente.

1° Les queues de cornet.

Cette intervention très bonne en elle-même est rendue difficile du fait de détails matériels sur lesquels il est peut-être utile de donner quelques précisions.

Ces queues de cornet revêtent les aspects les plus divers, classiquement on les divise en :

- queues de cornet blanches,
- queues de cornet rouges,

ceci n'est pas une classification arbitraire ; admise par tous les auteurs, elle correspond à une réalité.

Dans certains cas les queues de cornet n'apparaissent qu'au cours d'une congestion, d'une turgescence de toute la pituitaire. Elles peuvent arriver à un développement assez considérable aux dépens d'une muqueuse normale ou relativement peu hypertrophiée à ce niveau même.

**Queues de cornet rouges.** — On ne les voit que dans les poussées de rhinite ; il y a cependant intérêt à les enlever, car le volume de cette extrémité postérieure est bien souvent disproportionné avec les lésions de la muqueuse nasale.

Mais il faut d'une façon absolue s'abstenir de badigeonnage à la cocaïne, sinon elles blanchissent, se rétractent dans des proportions inouïes et on ne peut les enlever puisqu'elles constituent un élément transitoire et passager de poussée de rhinite.

Il y a intérêt à les anesthésier au liquide de Bonain qui, bien que provoquant une rétraction importante, le fait cependant beaucoup moins que la cocaïne.

Ces queues de cornet rouges opposent beaucoup plus d'ennuis à

l'intervention que les queues de cornet blanches. C'est une opération à chaud sur un nez congestionné ; il n'existe pas d'autre moyen que de les enlever chirurgicalement et au moment même de la poussée congestive.

Elles saignent, il faut le savoir, le prévoir, ne pas hésiter à tamponner soigneusement après l'intervention. Le meilleur moyen d'y obvier est peut-être de faire un cautère recourbé qui accroche la partie postérieure de la queue du cornet et qui vient cautériser la tranche de section.

**Queues de cornet blanches.** — A côté de ces queues de cornet de formation passagère, simple résultat d'une poussée congestive ou infectieuse, il faut distinguer les queues de cornets blanches dues à une hypertrophie permanente avec modification histologique de la muqueuse.

Celles-ci sont plus faciles à enlever, on peut cocaïner sans grand inconvénient, car elles se rétractent beaucoup moins. Elles ont beaucoup moins tendance à saigner.

Il faut au contraire les enlever après avoir désinfecté le nez ; c'est donc, par opposition à l'intervention des queues de cornet rouges, une opération à froid.

**Technique de l'ablation des queues de cornets.** — Quelle que soit la nature des queues de cornets, il est nécessaire, ainsi que le disent LAURENS et AUBRY de sectionner la tumeur par une constriction lente et progressive afin d'amener un étranglement et une thrombose des vaisseaux qui évitent, ou tout au moins amoindrissent l'hémorragie.

La technique la plus efficace est celle du serre-nœud à anse froide constitué par un fil d'acier de 5 à 6/10<sup>èmes</sup> de millimètre, il n'y a pas intérêt à se servir d'un fil trop faible qui présente l'inconvénient de mal se couder et, étant peu rigide, d'être repoussé par des déformations anatomiques.

Il faut donc une anse

assez grande,

rigide,

et résistante, ne se coudant pas à chaque obstacle. On la resserrera légèrement au moyen du guide-anse pour lui permettre de franchir le canal nasal et on la relâchera à son diamètre maximum lorsque la boucle touchera le cavum.

L'anse dont le coude aura l'inclinaison optima prendra, à la suite des petits mouvements décrits par tous les auteurs, la queue du cornet en se glissant au-dessous d'elle, pour se redresser ensuite en l'entourant.

Avant de resserrer l'anse et de tirer le serre-nœud, on s'assurera que la prise est bonne en ramenant légèrement le serre-nœud à soi.

Il ne faut pas s'étonner si la première tentative est négative mais recommencer avec patience et douceur jusqu'à ce que l'on soit sûr d'avoir engagé la queue du cornet dans l'anse du serre-nœud. Il faut avoir la loyauté envers soi et envers le malade de dire qu'une queue de cornet se rate et au besoin recommencer au cours d'une autre séance.

Quant aux cornets dont la charpente est déformée dans toute sa longueur. Pour ces cornets trop étendus en hauteur, aplatis, la section du bord inférieur en entier avec ou sans adjonction du serre-nœud par la partie postérieure semble malgré sa délicatesse la meilleure intervention.

c) Cornets anormaux quant à la déformation de la muqueuse.

Il s'agit alors d'une déformation locale ; prolifération en un point de la muqueuse affectant une forme pseudo-polypoïde. Outre des inconvénients d'obstructions provoqués par cette prolifération il y a avantage à procéder à une ablation au<sup>2</sup> serre-nœud puis de cautériser largement la surface de section.

Toutes ces interventions sur les cornets inférieurs demandent une ou plusieurs révisions.

On obtient rarement d'emblée sur un nez difficile un résultat satisfaisant.

Il faut toujours revoir le malade, pratiquer de nouveau une petite résection, une cautérisation, en un mot achever et polir son travail si cela est utile.

## II. — *LES CORNETS MOYENS*

Indépendamment des indications cliniques multiples qui ont été posées antérieurement, on peut avoir à toucher à un cornet moyen dans divers cas.

1<sup>o</sup> *Sur un cornet normal* dans un nez défectueux de par sa constitution. Il existe par exemple une déviation haute de cloison dans un nez étroit et on a l'impression nette qu'il suffit de réséquer la tête du cornet moyen pour permettre un drainage suffisant du sinus frontal.

2<sup>o</sup> *Sur un cornet moyen* dont la seule manifestation se traduit par un volume exagéré (tous les degrés d'hypertrophie peuvent se voir).

3<sup>o</sup> *Enfin un cornet moyen pathologique*, soit parce que d'un volume énorme à disposition squelettique anormale, soit présentant une dégénérescence de la muqueuse pouvant plonger très bas et bloquant le canal nasal, dans sa partie supérieure moyenne, voir même basse. Soit une dégénérescence quelconque polypoïde par exemple.

**Considérations générales.** — A) Quelle que soit l'intervention il faut savoir que bien souvent l'apparition de manifestations anormales, au niveau du cornet moyen, lorsque ce sont des modifications de la muqueuse, altérée par un processus chronique ancien, témoigne avec une grande fréquence d'une manifestation de l'ethmoïde qui joue en réalité un rôle considérable dans la pathologie nasale.

Ces troubles étant mis trop souvent sur le compte du nez lui-même ou du sinus fronto-maxillaire.

B) Il faut toujours penser à faire une rhinoscopie postérieure, elle est aussi utile et aussi importante que lorsqu'il s'agit d'un cornet inférieur.

C) De même qu'il est classiquement habituel de penser aux queues de cornet lorsqu'il s'agit du cornet inférieur, de même on a l'habitude, lorsqu'on envisage le cornet moyen de penser uniquement à la tête seule. C'est une coutume trop répandue, car en fait la partie postérieure du cornet moyen donne des surprises, elle est souvent très hypertrophiée et les troubles qu'elle provoque sont mis sur le compte d'autres éléments.

**Intervention sur le cornet moyen.** — En ce qui concerne les interventions sur le cornet moyen, plusieurs possibilités se présentent.

- l'intervention sur la tête du cornet,
- l'intervention sur la totalité,
- l'intervention sur le corps et la tête,
- l'intervention sur une partie du corps,
- l'intervention à la suite d'une dégénérescence d'une formation polypoïde greffée sur un cornet quant au reste normal et peu gênant de par son volume.

Donc en dehors des interventions de déblocage du canal nasal, ce sont :

- des opérations de drainage,
- des interventions de visibilité,
- sur l'ethmoïde,
- le sinus frontal,
- le sinus sphénoïdal.

Notons encore les interventions dans certaines réactions des voies lacrymales (intéressant toujours la tête du cornet).

**Technique.** — Quelle que soit l'intervention à pratiquer, la technique opératoire est la même, et l'intervention elle-même peut être considérée sinon comme la plus facile, du moins comme une des plus faciles de la chirurgie endo-nasale.

**Résection de la tête.** — Au ciseau articulé coudé sur la

racine latérale externe du cornet après avoir pratiqué une large cocaïnisation. Pratiquer cette section très haut, saisir et enlever la tête du cornet avec une pince de Luc.

**Corps.** — Même technique. Après avoir procédé d'abord à la résection de la tête, on poursuit ensuite à la pince de Luc à la demande.

**Muqueuse.** — Ainsi que pour l'hypertrophie de la partie inférieure du cornet on pourra se servir du serre-nœud. Malgré tout ces interventions sur la technique desquelles nous n'avons pas à insister parce que

facile,  
simple,  
rapide,

présentent un certain nombre de causes d'échecs.

#### A. — ÉCUEILS IMMÉDIATS

1<sup>o</sup> **Cocaine.** — Du fait de la cocaïnisation peuvent se produire des secousses sur le système sympathique ; il est extrêmement fréquent, pour ne pas dire général, que des manifestations syncopales se produisent :

pâleur subite,  
sudation,  
sensation de mort imminente,  
perte de connaissance.

Ces accidents relativement impressionnants cèdent rapidement si on sait y pallier en renversant la malade, les jambes hautes afin d'entraîner une congestion céphalique et bulbaire.

2<sup>o</sup> **Sang.** — C'est volontairement que nous avons négligé ou presque les hémorragies de la chirurgie endo-nasale, car nous les croyons assez rares, tout au moins dans leurs formes importantes

lorsque un temps de saignement et de coagulation a été pratiqué dans les cas douteux, ou mieux dans tous les cas.

Cependant, plus que tout, la partie postérieure d'un cornet peut saigner. En général, l'hémorragie cède rapidement à un tamponnement sec ou imbibé d'un hémostatique.

## B. — ECUEILS TARDIFS

Il n'est pas rare d'éprouver des déceptions lorsqu'on revoit un opéré d'une tête de cornet ou d'un cornet moyen tout entier. Quelques mois après l'intervention, le cornet s'est reconstitué, le bourgeonnement est réapparu ; l'image rhinoscopique reproduit grâce à un processus quelconque les mêmes aspects qu'avant l'opération. Ces inconvénients dans les cas où l'intervention a été correctement pratiquée, s'expliquent :

1<sup>o</sup> Soit parce que, en réalité, il s'agissait d'une affection ethmoïdale. Nous ne nous appesentirons pas sur les manifestations de cette ethmoïdite qui retentit très fréquemment, nous l'avons déjà dit, sur le cornet moyen et la muqueuse de cette région.

2<sup>o</sup> Soit parce qu'il s'agissait d'un bourgeonnement ou d'une prolifération muqueuse locale sur la cicatrice, souvent due d'ailleurs à une affection régionale que l'intervention pratiquée a guérie insuffisamment.

Mais dans bien des cas, il faut savoir que seule l'insuffisance ou la médiocrité de l'intervention est en cause, et ceci grâce à de petites fautes de technique opératoire.

Car il ne suffit pas d'enlever « un bout de cornet » et d'être satisfait parce qu'on l'a ramené au bout de sa pince, c'est insuffisant, il convient pour que l'intervention soit efficace d'enlever exactement ce qu'il faut. L'intervention doit être donc faite à la demande et non à l'aveuglette.

Il faut aller haut, vérifier immédiatement après ce travail et rectifier s'il y a lieu. Si le saignement (la seule objection importante)

l'empêche, le faire le plus rapidement possible après le tamponnement si on ne veut pas risquer l'apparition du bourgeonnement. Il ne faut pas faire sa prise au milieu de la tête et laisser un moignon supérieur et un bourgeonnement inférieur, il faut enlever la tête sur toute sa hauteur, ce qui présente plus de difficulté que d'agir en profondeur.

Il ne faut pas enfin trop s'attacher à l'esthétique du résultat anatomique, car souvent des résultats assez bons au point de vue fonctionnel suivent des résultats anatomiques décevants.

Il faut savoir doser la portion du cornet à enlever, car c'est à la suite de ces opérations trop importantes que l'on verra au maximum se produire des rhinites atrophiques.

C'est ce qui se produit dans le cas du petit cornet moyen serré par une déviation haute ; il est très fréquent que le cornet opposé soit hypertrophié comme pour venir combler partiellement l'espace grandi par la déviation et empêcher la rhinite. Toute résection trop importante sur ce cornet entraînerait donc la création de ce que la nature a tenté d'empêcher.

Dans les cas où l'on désire pratiquer une ethmoïdectomie totale, la résection de la tête même un peu étendue qui suffit presque toujours pour certaines interventions sur l'ethmoïde, s'avère insuffisante ; et on peut être amené à pratiquer une cornetomie totale, opération simple qu'il est rare de ne pas pouvoir mener à bien en désarticulant le cornet moyen à la pince de Luc après section préalable.



## CHAPITRE III

---

### TROISIÈME PARTIE

### LES POLYPES

Il nous paraît impossible de dire que telle ou telle technique, doit être rigoureusement employée lorsqu'il s'agit de polypose nasale, car :

1<sup>o</sup> étant donnée l'extrême variabilité sur laquelle tous les auteurs sont d'accord, de la polypose nasale

soit par son aspect,

sa situation,

son volume,

et la nature même du ou des polypes, il est impossible de proposer une technique toujours semblable à elle-même.

2<sup>o</sup> Il est donc évident que, de cet extrême polymorphisme, doit être tirée une conclusion : à savoir que l'on se trouve sans cesse devant des cas, différents les uns des autres, exigeant des interventions différentes les unes des autres, extrêmement simples dans certains cas, extrêmement difficiles dans d'autres.

Cependant le point qui paraît le plus important à retenir d'une façon générale, est que, dans une certaine mesure, on peut arriver sinon à supprimer radicalement, du moins à diminuer la fréquence et restreindre la rapidité des récidives de cette manifestation d'in-

fection nasale ou para-nasale chronique (polypose des sinus maxillaires par exemple) dont l'inconvénient majeur, outre l'oblitération de la voie nasale, est précisément cette désespérante tendance à la récurrence. Pour cela il faut savoir que :

— Il ne faut pas se contenter d'enlever un ou plusieurs polypes dont la présence dans les fosses nasales a été diagnostiquée, mais de supprimer le foyer d'origine qui est :

soit franchement nasal,

c'est le cadre des polypes des cornets,

soit le plus fréquemment d'origine sinusale maxillaire ou ethmoïdale, ne provoquant que des manifestations endo-nasales secondaires.

Cette dernière catégorie sort manifestement du cadre que nous nous sommes imposé, il nous est cependant permis de dire qu'il faut systématiquement pratiquer une exploration complète autant que possible de ces régions lors de l'examen ; on peut se trouver en principe en face de deux catégories de polypes.

1<sup>o</sup> Un polype unique ou un nid de 2 ou 3 polypes occupant franchement la partie antérieure du nez.

Leur suppression est alors presque toujours aisée. Cette résection est souvent beaucoup plus délicate lorsque ces polypes sont multiples, en grappe, et siègent au niveau du cornet moyen et de l'ethmoïde.

2<sup>o</sup> Un polype postérieur qui n'est pas à proprement parler un polype choanal bien que parfois il puisse en revêtir les aspects, la forme et la situation.

Du point de vue technique, contentons-nous de rappeler que la 1<sup>re</sup> catégorie de ces polypes peut être enlevée au serre-nœud, mais si on se heurte à la moindre difficulté, le procédé le plus simple est de les arracher à la pince de Luc, c'est un procédé souvent plus facile, pas plus douloureux, et qui semble donner de meilleurs résultats.

Cependant il ne faut pas oublier que la base d'implantation du

polype joue un rôle capital et il convient, si on veut diminuer la fréquence des récidives, d'intervenir très soigneusement à son niveau, en faisant suivre le temps opératoire d'un traitement de la muqueuse sous-jacente.

Cautérisation au galvano-cautère.

Badigeonnage au nitrate d'argent à 2 % joint au traitement de l'infection d'origine s'il y a lieu, au besoin même si le cas l'exige, il y a intérêt à procéder dans le temps opératoire lui-même à une résection partielle ou totale du cornet.

Dans tous les cas revoir le malade, souvent et à temps, afin de surveiller une réapparition possible de la polypose, afin d'essayer d'enrayer son développement.

Quant à la seconde catégorie, dite choanale, qui prend parfois un développement d'une importance extraordinaire nous ne pouvons envisager la question dans tout son ensemble, mais nous rappellerons ce qui ne sort pas du sujet, qu'il est parfois nécessaire, pour se donner un jour vers eux, de pratiquer une voie d'abord en intervenant sur une déviation de la cloison, un épaissement ou une hypertrophie du cornet.

Là encore il semble que, le lieu d'inflammation du polype étant atteint, on doive se servir du serre-nœud ou de la pince de Luc pour chercher à le supprimer.

La technique est aussi délicate que pour une grosse queue de cornet, il faut être patient, placer à plusieurs reprises l'anse qui éprouve en général les plus grosses difficultés à passer ou dérape, et ne pas être vexé d'avoir à réintervenir.



## CONCLUSIONS

Nous avons tenté de mettre en relief l'intérêt que présente la chirurgie endo-nasale courante, au même titre que n'importe quelle chirurgie, à condition qu'elle soit pratiquée, toute question de rigueur professionnelle mise à part, suivant certaines règles qui nous paraissent indispensables à sa bonne conduite.

La pratique journalière prouve amplement qu'il s'agit d'un domaine de chirurgie spéciale, imparfaitement connu, dont les règles sont mal établies parce que chirurgie très complexe et difficile dans

ses indications,  
son exécution.

Si l'anatomie des fosses nasales n'offre aucune obscurité, la physiologie en est certainement moins bien connue.

Il convient donc d'avoir toujours à l'esprit la désharmonie fréquente que l'on observe entre l'anatomie et la fonction du nez. Or, seul compte le point de vue fonctionnel ; il serait par trop simpliste de se précipiter sur une petite malformation anatomique considérée *a priori* comme la cause d'une insuffisance fonctionnelle.

L'oto-rhino-laryngologiste doit posséder une éducation médicale importante et ne pas se considérer comme un praticien isolé et autonome ; il doit s'appuyer sur des examens de médecine générale

mis à sa disposition, ou les provoquer afin d'être en possession du maximum de renseignements cliniques.

Patient et tenace, il lui faudra revoir souvent ses malades avant de poser un diagnostic, en cours de traitement et après l'opération si celle-ci a été jugée nécessaire, en sachant que les résultats acquis, s'il y en a, dans les semaines qui suivent, sont fréquemment provisoires et que l'on est souvent appelé à modeler peu à peu un nez selon les exigences de sa fonction.

Etre prudent, craindre de faire moins bien, ne pas se précipiter, autant de règles qui doivent, car ce sont les seules que l'on peut énoncer, présider à l'interrogatoire, l'examen et l'indication opératoire.

Ce n'est qu'après avoir insisté sur ces divers points, que nous avons tenté de mettre en évidence les relations de la pathologie générale avec la pathologie nasale.

Nous avons ensuite essayé de faire une critique du facteur chirurgical en éliminant peu à peu les cas douteux, pour en arriver enfin au chapitre opératoire dans lequel nous nous sommes étendus sur quelques précisions de technique dont nous avons pu constater les résultats satisfaisants.

Nous pouvons donc conclure que, contrairement au discrédit jeté sur cette chirurgie, on doit pouvoir obtenir un maximum de résultats si l'on veut bien se donner la peine d'en poser soigneusement les indications et d'en conduire la technique avec bon sens, d'autant plus qu'il y a peu de place à la chirurgie d'urgence dans la chirurgie endo-nasale.

Nous nous excusons d'avoir abordé un sujet qui demande une expérience à laquelle nous ne pouvons prétendre, mais qui aura peut-être le mérite de classer les idées des jeunes qui se destinent à cette spécialité ; de leur faire entrevoir que cette chirurgie doit être avant tout une chirurgie de patience, de réflexion, d'adresse manuelle, qui ne doit être tentée qu'avec l'espoir, sinon la certi-

tude, d'un maximum de résultats ; en accord complet avec la clinique générale et les divers moyens thérapeutiques, médicaux ou autres, que le spécialiste oto-rhino-laryngologiste se doit de connaître et d'appliquer en faisant lui-même une critique serrée des cas dits chirurgicaux, pour n'intervenir qu'avec le maximum de pondération et de bon sens.

VU : *Le Doyen,*  
TIFFENEAU

VU : *Le Président de la Thèse,*  
M. LOEPER

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
ROUSSY



## BIBLIOGRAPHIE

- ALAIN et NOEL. — Les hémorragies en O. R. L. *Monographies O. R. L. internationales*, n° 24.
- AUBIN et MADURO. — Traitement chirurgical des sinusites fronto-ethmoïdales de l'adulte. *Société française d'O. R. L.* Congrès de 1936.
- BIANCHANI. — Traitement physique de l'asthme (Rapport au Congrès international de l'asthme du 5 juin 1932, Mont-Dore).
- BOUQUET (Henri). — Les effets thérapeutiques des ondes courtes.
- BOURGEOIS (H.). — *Précis de pathologie chirurgicale*. T. II. Maladies chirurgicales des fosses nasales.
- BOURGEOIS. — Diathermie chirurgicale. *Annales O. R. L.*, 1931, n° 4.
- BOUCHET et LEROUX. — Traitement chirurgical de la polypose ethmoïdale. *Société française d'O. R. L.*, Congrès de 1932).
- BALDENWECK. — Traitement rationnel de l'obstruction nasale chronique. *Vie médicale*, 4 mars 1921.
- BERNARD. — Les voies respiratoires supérieures et la tuberculose pulmonaire. *Archives internationales d'O. R. L.*, juillet 1924.
- CANUYT. — L'anesthésie locale en O. R. L. (*Monographies O. R. L. internationales*, n° 13).
- COURBIN. — Asthme et nez. *Revue Portmann*, 1938, n° 7.
- COMBECHER. — Hématomes et abcès de la cloison nasale. *Annales d'O. R. L.*, 1936, n° 6.
- COATES. — Le problème de l'ethmoïde. *Annales O. R. L.*, 1936, n° 4.
- COUSSIEU (Pierre). — Traitement de la Polypose nasale. *Annales O. R. L.*, 1937, n° 6.
- CHATELLIER. — Initiation aux examens courants de la gorge, du nez, et des oreilles.
- DAUSSET. — Thérapeutique par les ondes courtes.
- DUTHEILLET de LAMOTHE et SOURDILLE. — Les causes naso-sinusiennes de céphalalgie frontale. *Société Française O. R. L.* Congrès 1929, p. 168 et 218.
- ESCAT. — L'exérèse du cornet moyen et les névrites optiques.
- FLURIN et VIALLE. — Indications créno-climatothérapiques en O. R. L. *Société Française d'O. R. L.*, Congrès de 1929.
- HALPHEN et LEROUX-ROBERT. — Emploi du bistouri électrique. *Annales O. R. L.*, 1931, n° 4.

- HAUTANT. — Allergie nasale. *Annales O. R. L.*, 1932, nos 7 et 8.
- JARVIS. — Les changements de coloration de la muqueuse nasale. *Annales O. R. L.*, 1936, n° 4.
- KOERBEL. — Un cas de polype choanal chez une fillette de 10 ans. *Annales O. R. L.*, 1935, n° 11.
- LEROUX. — Le polype de Killian. *Annales O. R. L.*, 1931, n° 8.
- LERMOYEZ. — Obstruction nasale hystérique. *Annales O. R. L.*, 1934, n° 11.
- LAURENS-AUBRY-LEMARIEY. — *Précis d'oto-rhino-laryngologie* (Masson).
- LAURENS-AUBRY. — *Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx* (Masson).
- LASKIEWICZ. — De la mucocèle ethmoïdale. *Revue Portmann*, 1936, n° 6.
- LÉVY. — L'électro-coagulation dans l'hypertrophie des cornets. *La Médecine*, janvier 1929.
- LE MÉE, SAIDMAN, COURLAUD. — Action des ondes courtes en O. R. L.
- LASZLO. — Détails pratiques sur la résection sous-muqueuse de la cloison. *Annales O. R. L.*, 1937, n° 4.
- LEMAITRE et BALLERIN. — *Paris médical*, septembre 1912.
- MITTERMAIER. — Sécrétions de substances minérales et formation de polypes. *Annales O. R. L.*, 1935, n° 1.
- MENZEL. — Traitement des abcès de la cloison. *Annales O. R. L.*, 1935, n° 3.
- OMBREDANNE et CAUSSÉ. — Déviations traumatiques de la cloison chez l'enfant. *Annales O. R. L.*, 1936, n° 11.
- SEGURA. — Les sinusites sphénoïdales. *Monographies O. R. L. internationales*, n° 10.
- TEMPEA. — Incision directe dans la résection sous-muqueuse de la cloison. *Annales O. R. L.*, 1936, n° 9.
- TERRACOL. — Les maladies des fosses nasales (Masson).
- TARNEAUD et GUÉRIN. — Les perforations de la cloison nasale. *Concours médical*, 2 juin 1929.
- WATSON-WILLIAMS. — L'ethmoïdite. *Monographies O. R. L. internationales*, n° 22.
- WORMS. — L'insuffisance respiratoire nasale. *Société Française O. R. L.* Congrès de 1927.
- WEIL. — Énorme polypose nasale avec élargissement du dos du nez. *Annales O. R. L.*, 1935, n° 1.

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCTION .....                                                                                                                                      | 3         |
| CHAPITRE I. — LA CHIRURGIE ENDO-NASALE COURANTE ..                                                                                                      | 11        |
| CHAPITRE II. — INDICATIONS DE LA CHIRURGIE ENDO-NASALE<br>COURANTE .....                                                                                | 19        |
| PREMIÈRE PARTIE                                                                                                                                         |           |
| <b>Dans quelles conditions est-on amené à discuter les indications<br/>d'une thérapeutique endo-nasale.....</b>                                         | <b>23</b> |
| DEUXIÈME PARTIE                                                                                                                                         |           |
| <b>Quels moyens a-t-on de faire un bilan exact de la valeur d'un<br/>nez, et de décider du choix de la thérapeutique.....</b>                           | <b>37</b> |
| 1° L'Interrogatoire .....                                                                                                                               | 39        |
| 2° L'examen .....                                                                                                                                       | 43        |
| 3° Les examens complémentaires .....                                                                                                                    | 54        |
| TROISIÈME PARTIE                                                                                                                                        |           |
| <b>Comment éliminer, choisir, ou associer les diverses thérapeu-<br/>tiques à la thérapeutique chirurgicale, ou décider de cette<br/>dernière .....</b> | <b>57</b> |
| QUATRIÈME PARTIE                                                                                                                                        |           |
| <b>Quelle intervention choisir.....</b>                                                                                                                 | <b>65</b> |
| CHAPITRE III. — .....                                                                                                                                   | 71        |
| PREMIÈRE PARTIE                                                                                                                                         |           |
| <b>Intervention sur la cloison.....</b>                                                                                                                 | <b>77</b> |

DEUXIÈME PARTIE

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| Intervention sur les cornets ..... | 93  |
| Cornet inférieur .....             | 95  |
| Cornet moyen .....                 | 101 |

TROISIÈME PARTIE

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Les polypes .....   | 107 |
| CONCLUSIONS. ....   | 111 |
| BIBLIOGRAPHIE ..... | 115 |

---

Imprimé par R. BUSSIÈRE  
à Saint-Amand (Cher), France. — 12-2-1940.

---





